

**DIE SOZIAL-EMOTIONALE ENTWICKLUNG
SPRACHBEHINDERTER KINDER UNTER BERÜCKSICHTIGUNG
DES ELTERLICHEN BELASTUNGSERLEBENS UND DER
PRAGMATISCH-KOMMUNIKATIVEN KOMPETENZ**

VON DER PÄDAGOGISCHEN HOCHSCHULE HEIDELBERG
ZUR ERLANGUNG DES GRADES EINER DOKTORIN DER PHILOSOPHIE (DR. PHIL.)
GENEHMIGTE DISSERTATION VON

LAURA KATHRIN AVEMARIE

AUS

SEEHEIM-JUGENHEIM

2016

ERSTGUTACHTER:

PROF. DR. MANFRED HINTERMAIR

(PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE HEIDELBERG)

ZWEITGUTACHTER:

PROF. DR. KLAUS SARIMSKI

(PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE HEIDELBERG)

FACH:

PSYCHOLOGIE

TAG DER MÜNDLICHEN PRÜFUNG: 14.12.2016

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
1 Einleitung	11
2 Theoretischer Hintergrund	13
2.1 Sprachliche Entwicklung und Auffälligkeiten.....	13
2.1.1 Verlauf des Spracherwerbs	13
2.1.2 Spezifische Sprachentwicklungsstörung	24
2.1.2.1 Definition und Begrifflichkeiten.....	24
2.1.2.2 Prävalenz.....	26
2.1.2.3 Symptomatik	27
2.1.2.4 Zusammenhänge zwischen den Sprachebenen	30
2.1.2.5 Diagnostik	33
2.1.2.6 Risikofaktoren.....	37
2.1.2.6.1 Allgemein	37
2.1.2.6.2 Biologische Risikofaktoren	38
2.1.2.6.3 Externale Risikofaktoren.....	42
2.1.2.6.4 Internale Risikofaktoren	49
2.1.2.7 Verlauf	58
2.1.2.7.1 Sprachliche Fähigkeiten	58
2.1.2.7.2 Schriftspracherwerb	61
2.1.2.7.3 Intelligenz.....	62
2.1.2.7.4 Schulerfolg	64
2.1.2.7.5 Autismus-Spektrum-Störung.....	66
2.2 Pragmatisch-kommunikative Entwicklung und Auffälligkeiten	68
2.2.1 Pragmatisch-kommunikative Kompetenzen.....	68
2.2.2 Pragmatisch-kommunikative Entwicklung.....	71
2.2.3 Pragmatisch-kommunikative Störungen.....	78

2.2.3.1	Definition und Begrifflichkeiten.....	78
2.2.3.2	Prävalenz.....	81
2.2.3.3	Symptomatik.....	82
2.2.3.4	Zusammenhänge zwischen pragmatisch-kommunikativen Störungen und spezifischen Sprachentwicklungsstörungen.....	84
2.2.3.5	Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten von spezifisch sprach- entwicklungsgestörten Kindern	86
2.2.3.6	Abgrenzung pragmatisch-kommunikativer Störungen von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen	94
2.2.3.7	Verlauf	99
2.2.3.8	Diagnostik	101
2.3	Sozial-emotionale Entwicklung und Auffälligkeiten.....	104
2.3.1	Sozial-emotionale Kompetenz.....	104
2.3.1.1	Definition	104
2.3.1.2	Bedeutsamkeit sozial-emotionaler Kompetenz.....	109
2.3.1.3	Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenz	111
2.3.1.4	Einflussfaktoren auf die sozial-emotionale Entwicklung	113
2.3.2	Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	121
2.3.2.1	Definition und Abgrenzung der Begrifflichkeiten „Verhaltens- störungen“, „Verhaltensauffälligkeiten“ und „Psychische Störungen“ ..	121
2.3.2.2	Klassifikation von Verhaltensstörungen	124
2.3.2.3	Prävalenz.....	125
2.3.2.4	Erklärungsansätze für Verhaltensstörungen	128
2.3.2.5	Diagnostik	134
2.3.3	Auffälligkeiten in der sozial-emotionalen Entwicklung bei spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern.....	136
2.3.3.1	Psychische Auffälligkeiten	136
2.3.3.2	Weitere Auffälligkeiten im sozial-emotionalen Bereich	146

2.3.3.3	Vergleich sozial-emotionaler Auffälligkeiten von spezifisch sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern und Jugendlichen	149
2.4	Elterliches Belastungserleben.....	150
2.4.1	Belastungserleben von Eltern entwicklungsauffälliger Kinder	150
2.4.2	Bewältigungserleben von Eltern entwicklungsauffälliger Kinder.....	151
2.4.3	Ressourcen und deren Einfluss auf das Belastungs- und Bewältigungserleben	153
2.4.3.1	Merkmale des Kindes	153
2.4.3.2	Soziale Ressourcen	154
2.4.3.3	Personale Ressourcen.....	156
2.4.4	Belastungs- und Bewältigungserleben von Eltern spezifisch sprachentwicklungsgestörter Kinder	158
2.4.5	Diagnostik.....	163
2.5	Aktueller Forschungsstand zum Forschungsvorhaben	165
2.5.1	Zum Zusammenhang von elterlichem Belastungserleben und der sozial- emotionalen Entwicklung	165
2.5.2	Zum Zusammenhang von pragmatisch-kommunikativer Kompetenz und der sozial-emotionalen Entwicklung	170
2.5.3	Erklärung des Zusammenhangs von elterlichem Belastungserleben, pragmatisch-kommunikativer Kompetenz und der sozial-emotionalen Entwicklung.....	174
2.5.4	Zum Zusammenhang von elterlichem Belastungserleben und der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz.....	178
2.5.5	Zum Zusammenhang von kognitiven Fähigkeiten und dem elterlichen Belastungserleben	179
2.5.6	Zum Zusammenhang von sprachlichen Fähigkeiten und dem elterlichen Belastungserleben	179
2.5.7	Zum Zusammenhang von sprachlichen Fähigkeiten und der pragmatisch- kommunikativen Kompetenz.....	180

2.5.8	Zum Zusammenhang von kognitiven Fähigkeiten und der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz.....	180
2.6	Ziele und Fragestellungen des Forschungsvorhabens	181
3	Empirische Untersuchung.....	186
3.1	Methodik	186
3.1.1	Stichprobe.....	186
3.1.1.1	Einschlusskriterien.....	186
3.1.1.2	Rekrutierung	188
3.1.1.3	Fallzahlen.....	191
3.1.1.4	Ausschluss aus der Stichprobe und Stichprobengröße	193
3.1.1.5	Zusammensetzung und Repräsentativität der Stichproben	195
3.1.2	Erhebungsinstrumente	201
3.1.3	Studiendesign	213
3.1.4	Auswertmethodik	216
3.2	Ergebnisse	217
3.2.1	Stichprobenbeschreibung.....	217
3.2.2	Sozial-emotionale Entwicklung.....	221
3.2.3	Elterliches Belastungserleben.....	223
3.2.4	Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten	226
3.2.5	Allgemeine sprachliche Fähigkeiten	232
3.2.6	Kognitive Fähigkeiten	234
3.2.7	Zusammenhänge	235
3.2.8	Strukturgleichungsmodelle.....	254
3.2.9	Vergleich der Ergebnisse von sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern sowie deren Eltern.....	257
3.2.9.1	Soziodemographische Variablen	257
3.2.9.2	Sozial-emotionale Entwicklung	262
3.2.9.3	Elterliches Belastungserleben	266

4	Diskussion	274
4.1	Allgemein.....	274
4.2	Diskussion der Methodik	274
4.2.1	Rekrutierungsstrategie und Repräsentativität der Stichprobe	274
4.2.2	Einschlusskriterien, testpsychologische Untersuchung und verwendete Testverfahren	276
4.2.3	Stichprobengröße und Ausfallquote	278
4.3	Diskussion der Ergebnisse	279
4.3.1	Sozial-emotionale Entwicklung.....	279
4.3.2	Elterliches Belastungserleben.....	284
4.3.3	Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten	288
4.3.4	Allgemeine sprachliche Fähigkeiten	292
4.3.5	Zusammenhänge und Wirkrichtungen.....	294
4.3.6	Vergleich der Ergebnisse von sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern und deren Eltern	304
5	Pädagogische Implikationen	307
5.1	Notwendigkeit	307
5.2	Reduzierung des elterlichen Belastungserlebens.....	307
5.2.1	Hintergrund.....	307
5.2.2	Konzept der Elternarbeit.....	310
5.3	Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen	321
5.3.1	Hintergrund.....	321
5.3.2	Ziele und etablierte Konzepte.....	321
5.3.3	Möglichkeiten zur Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen im sprachheilpädagogischen Unterricht	336
6	Fazit und Ausblick	345
	Literaturverzeichnis.....	347
	Tabellenverzeichnis	377

Abbildungsverzeichnis	384
Abkürzungsverzeichnis.....	386
Anhang	388

Vorwort

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen einer Individualpromotion und wurde durch ein Stipendium der Landesgraduiertenförderung Baden-Württemberg gefördert. Mein Dank gilt der verantwortlichen Kommission der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, die mir den Weg der Individualpromotion ermöglichte.

Ganz besonders danken möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Manfred Hintermair, der mich ermutigte, nach dem ersten Staatsexamen den Weg der Promotion zu beschreiten. Ohne seine intensive fachliche und persönliche Unterstützung, sein Vertrauen, seinen Zuspruch, seine Geduld und Kritik hätte die Arbeit weder ihren Anfang noch ihr Ende gefunden.

Mein Dank gilt weiter Herrn Prof. Dr. Klaus Sarimski für seine Anregungen und Bereitschaft zur Zweitbegutachtung dieser Arbeit. Von der Pädagogischen Hochschule Heidelberg möchte ich außerdem Prof. Dr. Steffi Sachse und Dr. Hubertus Hatz danken, die zu jedem Zeitpunkt des Promotionsprozesses für Fragen und Diskussionen offen waren.

Ohne die Unterstützung einer Vielzahl an Personen wäre die Durchführung der Untersuchung nicht möglich gewesen. Zuallererst möchte ich mich bei meiner Schulleitung und meinem Kollegium bedanken. Ohne ihr Verständnis und ihre Bereitschaft zum Bearbeiten von Fragebögen hätte die Untersuchung nicht in der Form umgesetzt werden können. Mein Dank gilt besonders auch den Schülerinnen und Schülern, die durch ihre Motivation und Anstrengungsbereitschaft die hohe Anzahl an Testungen zu einer großen Freude werden ließen. Den Eltern dieser Kinder danke ich für ihr Vertrauen, ihre Zuverlässigkeit und investierte Zeit für die Bearbeitung von Fragebögen. Außerdem gilt mein Dank der Schulleitung, dem Kollegium und den Eltern der teilnehmenden Grundschule, die durch ihre Mühe die Realisierung meines Vorhabens ermöglichten.

Von Herzen danke ich meiner Schwester und meinen Eltern, auf deren Unterstützung ich zu jedem Zeitpunkt meines Lebens zählen kann, die mich andauernd in meinem Weg bestärkten und immer für mich da waren.

Nicht zuletzt geht ein großes Dankeschön an meine Freunde, die mich in allen Phasen begleiteten und mir stets neue Kraft gaben.

Bensheim, im Juni 2016

Laura Kathrin Avemarie

1 Einleitung

Spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES) zählen mit einer Prävalenzrate von 5 % bis 10 % zu den häufigsten psychischen Störungen (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – AWMF 2011; Grimm 2004; Melzer, Rißling & Petermann 2015; Tomblin, Records, Buckwalter, Zhang, Smith & O'Brien 1997a). Im Schuljahr 2012/2013 wurden die meisten Schüler¹ mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulen mit dem Förderschwerpunkt „Sprache“ (SFS) eingeschult (vgl. Malecki 2014, S. 599). Die Aktivität und Teilhabe am Unterricht im inklusiven sowie exklusiven Setting, am familiären Alltag und am gesellschaftlichen Leben können für ein sprachbehindertes Kind aufgrund der Störungen im phonetisch-phonologischen, morphologisch-syntaktischen, semantisch-lexikalischen, rezeptiven und/oder pragmatischen Bereich entscheidend gefährdet sein. Betrachtet man die Entwicklungsprognosen für Kinder mit einer Sprachbehinderung, so wird ersichtlich, dass die Partizipation und die aktive Teilhabe eines sprachbehinderten Kindes nicht ausschließlich durch die vorhandene Sprachbehinderung beeinflusst werden können, sondern zusätzlich durch die u. U. auftretenden Begleitsymptome.

Zu den häufigsten Begleitsymptomen sprachentwicklungsgestörter Kinder gehören sozial-emotionale Störungen (vgl. Asher & Gazelle 1999; Baker & Cantwell 1982; Baker & Cantwell 1987; Beitchman, Nair, Clegg, Ferguson & Patel 1986; Beitchman, Hood, Inglis 1990; Beitchman, Wilson, Brownlie, Walters & Lancee 1996b; Beitchman et al. 2001; Berger, Amorosa & Scheinmann 1990; Brownlie et al. 2004; Buschmann & Jooss 2011; Noterdaeme & Amorosa 1998; Redmond & Rice 1998; Snowling, Bishop, Stothard, Chipchase & Kaplan 2006). Ca. 50 % der spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kinder zeigen Auffälligkeiten in der sozial-emotionalen Entwicklung, wobei emotionale Störungen, Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Störungen des Sozialverhaltens dominieren. Im Vergleich zu sprachgesunden Kindern sind spezifisch sprachentwicklungsgestörte Kinder zwei- bis dreimal häufiger von sozial-emotionalen Störungen betroffen (vgl. Conti-Ramsden & Botting 2004; Lindsay & Dockrell 2000; Lindsay, Dockrell & Strand 2007).

Sozial-emotionale Störungen stellen einen erheblichen Risikofaktor für die Aktivität und Teilhabe dar. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass sprachbehinderte Kinder

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im nachfolgenden Text – entsprechend den Mehrheitsverhältnissen – bei „Schülerinnen und Schülern“ die männliche Form und bei „Lehrerinnen und Lehrern“, „Therapeutinnen und Therapeuten“ sowie „Pädagoginnen und Pädagogen“ die weibliche Form benutzt. Die jeweilige Form schließt immer auch das andere Geschlecht ein.

die weniger beliebten Interaktionspartner sind, die häufiger ausgegrenzt werden und Freundschaften mit einer geringeren Qualität pflegen (vgl. Asher & Gazelle 1999; Durkin & Conti-Ramsden 2007; Fujiki et al. 1999). Die Unbeliebtheit bei Peers und negativen Erfahrungen in der Peer-Interaktion führen zur Ausbildung eines geringen Selbstbildes im schulischen, intellektuellen und sozialen Bereich. Die Kinder reagieren aufgrund des erhöhten Stressempfindens in Momenten sozialer Interaktion mit Schüchternheit und Rückzug, weshalb sie gefährdet sind, dauerhaft an depressiven Störungen zu erkranken.

Im Schuljahr 2012/2013 wurden Kinder mit Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache mit einer Integrationsquote von 24 %, nach Schüler mit dem Förderschwerpunkt „Lernen“ (25 %), am häufigsten integrativ beschult (vgl. Malecki 2014, S. 598). In Anbetracht dieser hohen Zahl an integrativen Beschulungen bei gleichzeitiger Gefährdung der Aktivität und Teilhabe durch sozial-emotionale Störungen ist es von zentraler Bedeutung, ein Wissen um die Einflussfaktoren für die sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder zu gewinnen. Ziel dieser Forschungsarbeit ist deshalb, Einflussfaktoren auf die sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder zu extrahieren und hierbei insbesondere die Einflussfaktoren „elterliches Belastungserleben“ und „kommunikative Kompetenz“ in ihrer Relevanz näher zu beleuchten.

Die aus der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse können zur Prävention und Intervention bei psychischen Auffälligkeiten sprachbehinderter Kinder genutzt werden und zur Verbesserung ihrer Partizipationschancen im integrativen, inklusiven und exklusiven Setting sowie zur Stärkung ihrer psychischen Gesundheit und Lebensqualität einen Beitrag leisten.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Sprachliche Entwicklung und Auffälligkeiten

2.1.1 Verlauf des Spracherwerbs

Neben den Emotionen, dem Gesichtsausdruck, der Stimmlage, der Gestik und der Körperhaltung nutzen Menschen das Symbolsystem „Sprache“, um miteinander in Kontakt zu treten und ihre Wünsche, Intentionen und Abneigungen mitzuteilen (vgl. Grimm 2012, S. 15; Szagun 2010, S. 17). Der Erwerb des Kommunikationssystems „Sprache“ stellt einen lebenslangen Prozess dar, wobei er sich hauptsächlich während der ersten drei Lebensjahre vollzieht. Dabei eignet sich der Mensch Kompetenzen in den Bereichen „Linguistik“, „Prosodie“ und „Pragmatik“ an. Im Bereich der linguistischen Kompetenz erwirbt das Kind ein Wissen um die Organisation von Sprachlauten und deren korrekte sprechmotorische Realisierung (Phonologie und Phonetik), um die Wort- und Satzbildung (Morphologie und Syntax) sowie um die Wort- und Satzbedeutung (Lexikon und Semantik) (vgl. Grimm 2012, S. 16). Neben produktiven Fähigkeiten muss das Kind rezeptive Kompetenzen auf allen sprachlichen Ebenen erwerben (vgl. Kannengieser 2009, S. 288). Voraussetzung für den Erwerb linguistischer Kompetenz ist der Erwerb prosodischer Kompetenz, d. h. eines Wissens um die Intonationsstruktur, die Betonung und rhythmisch-prosodische Gliederung. Neben linguistischem und prosodischem Wissen ist das Kind zur erfolgreichen Gestaltung von zwischenmenschlichen Gesprächen zusätzlich gefordert, sich ein Wissen um den Gebrauch von Sprache aufzubauen (vgl. Grimm 2012, S. 15 ff.).

Sprachverständnis

Bereits drei Monate vor der Geburt beginnt das Hörvermögen, wobei die Reifung der neuronalen Hörbahn noch bis ins dritte Lebensjahr andauert (vgl. Kannengieser 2009, S. 297). Von Geburt an bevorzugt das Kind die mütterliche Stimme. Bis zum ca. achten Lebensmonat gilt das Kind als sogenannter „Weltbürger“. Es kann jegliche Laute dieser Welt auditiv voneinander differenzieren (vgl. Horsch 2001). Mit vier bis fünf Monaten reagiert das Kind auf seinen Namen, und ab ca. sechs Monaten ist es in der Lage, enge phonologische Oppositionen voneinander zu differenzieren. Zwei bis drei Monate später verliert das Kind zunehmend den Weltbürgerstatus und die Fähigkeit zur Differenzierung nicht muttersprachlicher Laute (vgl. Kannengieser 2009, S. 297 f.).

Im Laufe der ersten neun Monate baut sich das Kind ein differenziertes Wissen über die phonotaktischen und prosodischen Regeln seiner Muttersprache auf, weshalb es gegen Ende des ersten Lebensjahres zwischen legalen und illegalen Lautkombinationen unterscheiden kann. Auch nutzt es sein prosodisches und phonotaktisches Wissen zum Auffinden von Wort- und Phrasengrenzen (prosodisches Bootstrapping). Vom zehnten bis zwölften Lebensmonat setzt das erste kontextgebundene Verstehen ein und mit dem ersten Geburtstag das Einzelwortverstehen (vgl. Kannengieser 2009, S. 297 f.; Niebuhr-Siebert & Wendlandt 2011, S. 54 f.). Bestimmt wird das Sprachverständnis am Ende des ersten Lebensjahres von der Fähigkeit zum triangulären Blickkontakt. Die Triangulation ermöglicht dem Kind eine Verknüpfung mit dem Referenzobjekt und dadurch nicht nur ein Voranschreiten in der lexikalischen, sondern auch in der symbolischen Entwicklung. Mit dem ersten Geburtstag erkennen die Kinder die Repräsentationsfunktion von Sprache (vgl. Zollinger 2010, S. 282). Zu diesem Zeitpunkt umfasst der rezeptive Wortschatz bereits 50 Wörter sowie mit 18 Monaten 100 bis 200 Wörter, mit zwei Jahren 200 bis 400 Wörter und mit 2;6 Jahren ca. 2000 Wörter (vgl. Niebuhr-Siebert & Wendlandt 2011, S. 54 f.).

Der deutliche Anstieg des Wortschatzes ab ca. 18 Monaten ermöglicht dem Kind, im Rahmen des lexikalischen „Bootstrapping“² in den Grammatikerwerb einzusteigen. Diese Entwicklung schlägt sich auch im Satzverstehen nieder. Während das Kind im zweiten Lebensjahr die „Schlüsselwortstrategie“ und die „Kind-als-Handelnder-Strategie“ anwendet, ist es im Alter von zwei bis vier Jahren zur Anwendung der „pragmatischen Strategie“ in der Lage (vgl. Gebhard 2008, S. 40; Hachul & Schönauer-Schneider 2012, S. 23). Aufgrund der Zunahme im Wortschatz und Möglichkeit des syntaktischen Bootstrappings erweitert das Kind sein Verblexikon, weshalb es im Alter von drei bis vier Jahren einfache Subjekt-Verb-Objekt-Sätze mithilfe der „Wortreihenfolgestrategie“ verstehen kann. Passivsätze werden hingegen erst ab dem Alter von fünf Jahren mithilfe der grammatischen Strategie verstanden (vgl. Gebhard 2008, S. 40).

Die grammatische Strategie wird in der Darstellung der Sprachverständnissentwicklung von Hachul und Schönauer-Schneider (2012) ausgelassen. Es folgt mit etwa sechs Jahren die Anwendung der „Äußerungsfolgestrategie“, mithilfe derer komplexe Sätze verstanden werden, in denen die Äußerungsreihenfolge der Ereignisreihenfolge entspricht (vgl. Gebhard 2008, S. 40; Hachul & Schönauer-Schneider 2012, S. 23). Gebhard (2008) nennt als die folgende und letzte Strategie die „Ereignisfolgestrategie“. Das

² „Von Bootstrapping spricht man, wenn Informationen aus einem sprachlichen Bereich zur Gewinnung von Regeln in einem anderen Bereich genutzt werden“ (Kannengieser 2009, S. 26).

Kind erkennt im Alter von ca. acht Jahren, dass die Reihenfolge der Äußerung nicht der Reihenfolge der Ereignisse entspricht (vgl. Gebhard 2008, S. 41).

Hachul und Schönauer-Schneider (2012) führen demgegenüber nach der Äußerungsfolgestrategie die „Rollenkonservierungsstrategie“ und „Strategie der möglichen Beziehungen zwischen den Ereignissen“ an. Beide verorten sie in der Altersspanne zwischen vier und acht Jahren. Kennzeichnend für die „Rollenkonservierungsstrategie“ ist die Annahme des Kindes, dass das erstgenannte Nomen im Satz auch das Subjekt für die folgenden Handlungen ist. Demgegenüber beinhaltet die „Strategie der möglichen Beziehungen zwischen den Ereignissen“ eine Interpretation der Sätze nach der höchsten Wahrscheinlichkeit (vgl. Hachul & Schönauer-Schneider, S. 22 f.).

Phonetisch-phonologische Entwicklung

Das Ziel der phonetischen Entwicklung besteht in der korrekten sprechmotorischen Realisierung des gesamten Phoninventars, während das Ziel der phonologischen Entwicklung im Erwerb des phonologischen Wissens der Muttersprache und der korrekten Lautverwendung zu sehen ist (vgl. Kannengieser 2009, S. 50).

Butzkamm und Butzkamm (2004) trennen in der phonetischen Entwicklung das Vorsilbenalter zwischen null und fünf Monaten vom Silbenalter zwischen sechs und zwölf Monaten (vgl. S. 58). Im Zentrum des Vorsilbenalters steht das Gurren, Lallen und Schreien. Das Kind produziert reflexartige Vokalisationen bzw. Lautsignale zum Ausdruck seines Befindens. Durch Schreien und den Einsatz von Mimik macht das Kleinkind auf sich aufmerksam. Daneben nutzen die Kleinkinder die ersten sechs Monate zum Ausprobieren der Sprechwerkzeuge, weshalb viele Autoren diese Phase als „erste Lallperiode“ bezeichnen (vgl. Butzkamm & Butzkamm 2004, S. 58; Weinrich & Zehner 2008, S. 17). Sie ist muttersprachenunabhängig, weshalb auch Laute produziert werden, die für die Muttersprache keine Relevanz haben (vgl. Wendlandt 2006, S. 32). Anatomisch bedingt, realisiert das Kind vom dritten bis sechsten Lebensmonat hauptsächlich Laute im hinteren Mundraum (Laryngeale, Velare) (vgl. Weinrich & Zehner 2008, S. 170). Erst mit dem Absenken des Kehlkopfes können zwischen dem dritten und sechsten Lebensmonat, im Rahmen des „marginalen Lallens“, vom Kind verschiedene Artikulationsarten und -orte ausprobiert werden (vgl. Butzkamm & Butzkamm 2004, S. 57; Niebuhr-Siebert & Chilla 2012). Während Niebuhr-Siebert und Chilla (2012, S. 16) davon ausgehen, dass das Kind bereits zu diesem Zeitpunkt Konsonant-Vokal-Folgen produziert, stellt Romonath (1994, S. 128) nach der Sichtung verschiedener empirischer

Arbeiten hingegen fest, dass in den ersten Lebensmonaten vor allem „Lautäußerungen mit Vokalcharakter“ dominieren und erst am Ende der Lallperiode Vokale und Konsonanten in einer ähnlichen Häufigkeit vorkommen. Ab dem sechsten/siebten Lebensmonat steigt das Kind in die Phase des Silbenalters oder auch zweite Lallperiode ein. Die Fortschritte in der motorischen Entwicklung lassen eine zunehmend gezieltere Bewegung des Unterkiefers zu, weshalb die Konsonant-Vokal-Folgen nun sprechmotorisch deutlicher realisiert werden (vgl. Kannengieser 2009, S. 51). Die Produktion von Plosiven, Nasalen sowie von vorderen und offenen bzw. halb offenen und zentralen Vokalen nimmt deutlich zu (vgl. Kannengieser 2009, S. 51). Frikative und Liquide kommen noch nicht vor. Die Laute und Lautabfolgen ähneln immer mehr der Muttersprache und weisen die typischen lautlichen und prosodischen Eigenschaften auf (vgl. Jahn 2007, S. 17). Während das Kind in den ersten Monaten zur auditiven Rückkopplung (d. h. Kontrolle der Lautproduktion über das Gehör und Vergleich mit der Umgebungssprache) noch nicht in der Lage ist, entwickelt es zwischen dem sechsten und siebten Lebensmonat verschiedene Rückmeldekreisläufe (vgl. Kannengieser 2009, S. 370). Das Kind vergleicht seine eigene Produktion mit der Umgebungssprache und nutzt auditive, visuelle und motorische Informationen zur Angleichung. Am Ende des neunten Lebensmonats werden die ersten Protowörter realisiert, und ein Übergang vom Lallen zum Sprechen findet statt. Bevorzugt werden in dieser Zeit Konsonanten und Vokale der vorderen Artikulationszone (vgl. Kannengieser 2009, S. 51). Die ersten 50 Wörter speichert das Kind eher als lexikalische Einheiten ab, d. h. eine systematische Gliederung in einzelne Phoneme findet noch nicht statt (vgl. Jahn 2007, S. 18; Kannengieser 2009, S. 51; Weinrich & Zehner 2008, S. 16). Zur Lauterwerbsreihenfolge schreibt Kannengieser (2009): „Ein Laut bzw. eine Lautverbindung gilt im phonetischen Sinn als erworben, wenn er bzw. sie im Lautbestand des Kindes enthalten ist, wenn es den Laut bzw. die Lautverbindung artikulatorisch beherrscht und willentlich korrekt hervorbringen kann“ (S. 52).

Der Aufbau phonologischen Wissens beginnt im Alter von 18 Monaten (vgl. Weinrich & Zehner 2008, S. 17). Das sogenannte „phonologische Regelsystem“ ist zunächst durch Vereinfachungen, durch sogenannte „phonologische Prozesse“, gekennzeichnet. „Phonologische Prozesse sind erwerbsbedingte Zwischenstadien der phonologischen Systematik. Sie spiegeln die vorläufige Ordnung der Laute und ihre Verwendungsregeln“ (Kannengieser 2009, S. 54). Bis zum späten Kindergartenalter werden die Vereinfachungen nach und nach überwunden, und das phonologische System gleicht sich dem

der Erwachsenensprache an (vgl. Jahn 2007, S. 20). Folgende phonologische Prozesse lassen sich unterscheiden:

- „Silbenstrukturprozesse: Das Kind verändert die Silben- und damit Wortstruktur, indem es Laute oder Silben auslässt (Elisionen) oder hinzufügt (Additionen). Manchmal verändert sich auch die Reihenfolge der einzelnen Silben [...].
- Assimilationsprozesse: Die Laute innerhalb eines Wortes werden bezüglich ihrer Artikulationsart oder ihrem Artikulationsort einander angeglichen [...].
- Substitutionsprozesse: Das Kind ersetzt Laute oder Lautgruppen. Dabei unterscheidet man, ob es sich bei der Ersetzung um einen Wechsel des Artikulationsortes oder der Artikulationsart handelt“ (Weinrich & Zehner 2008, S. 17 f.)

Phonologische Prozesse werden darüber hinaus danach unterschieden, ob sie physiologisch oder pathologisch sind. Physiologische Prozesse kommen bei mehr als 10 % der Kinder einer Altersgruppe vor, wohingegen pathologische Prozesse im normalen Erwerbsverlauf nicht beobachtet werden können (vgl. Fox 2007, S. 66). Fox (2007) führt die folgenden physiologisch-phonologischen Prozesse auf (zur Erklärung der einzelnen Prozesse siehe S. 69 ff.):

Tabelle 1 *Physiologisch-phonologische Prozesse im Deutschen (Fox 2007, S. 68)³*

Prozesse	Alter					
	2;0–	2;6–	3;0–	3;6–	4;0–	4;6–
	2;5	2;11	3;5	3;11	4;5	4;11
Tilgung unbetonter Silben						
Reduktion von Konsonantenverbindungen						
Tilgung finaler Konsonanz vor allem /l/						
Assimilation						
Vorverlagerung /k/g/						
Vorverlagerung /ŋ/						
Vorverlagerung /ʃ/ç/						
Rückverlagerung /j/						
Plosivierung						
Glottale Ersetzung /ʁ/						

³ Ausgewähltes Kriterium für diese Analyse: Mindestens 10 % der Kinder einer Gruppe mussten den Prozess aufweisen, und jedes Kind musste den Prozess mindestens dreimal zeigen (vgl. Fox 2007, S. 68).

Prozesse	Alter					
	2;0–	2;6–	3;0–	3;6–	4;0–	4;6–
	2;5	2;11	3;5	3;11	4;5	4;11
Entstimmung						
Deaffrizierung						
Interdentalität						

Neben Fox (2007) untersuchten Hacker und Wilgermein (2001) die phonologischen Prozesse von Kindern. Da mit unterschiedlichen Untersuchungsbedingungen und Auswertungskriterien gearbeitet wurde, kommt es sowohl in Bezug auf die Altersangaben als auch in Bezug auf die aufgelisteten Prozesse zu Unterschieden (vgl. Weinrich & Zehner 2008, S. 20).

Semantisch-lexikalische Entwicklung

Im Alter zwischen 10 und 14 Monaten werden die ersten Wörter realisiert. Der Erwerb der ersten 50 Wörter bis zum Alter von 1;6 Jahren geht vergleichsweise mühsam voran (vgl. Weinert & Grimm 2012, S. 439). Mit dem Vorhandensein der ersten 50 bis 100 Wörter setzt ein entscheidender Schritt in der Entwicklung des frühkindlichen Wortschatzes ein, der sogenannte Wortschatzspurt oder Vokabelspurt. Bis zu zehn Wörter lernen die Kinder täglich neu (vgl. Kannengieser 2009, S. 227). Der Wortschatzspurt kann allerdings nicht als ein typischer Schritt im Spracherwerb angesehen werden. Goldfield und Reznick (1990) belegen anhand einer Untersuchung zum Wortschatzwachstum von 18 Kindern im Alter von 1;2 bis 1;10 Jahren verschiedene Verläufe. Während bei 72 % der Kinder ein Vokabelspurt beobachtet wurde, präsentierten die übrigen 28 % der Kinder eine eher graduelle Zunahme im Wortschatz oder mehrere kleinere Vokabelspurts hintereinander (vgl. Goldfield & Reznick 1990). Goldfield und Reznick (1990) führen die beobachteten Unterschiede auf die verschiedenen Spracherwerbsstile der Kinder zurück. Während sich der frühe Wortschatz der Kinder mit einer Wortexplosion aus 75 % Nomen zusammensetzte, wies der Wortschatz der übrigen Kinder eine größere „Balance“ aus Verben, Nomen und Funktionswörtern auf (vgl. Goldfield & Reznick 1990). Weiterhin beobachteten Goldfield und Reznick (1990) auch keinen kurzen Anstieg im Sinne eines „Spurts“, sondern eher einen schnellen Anstieg über mehrere Monate nach dem Erwerb der ersten 50 Wörter. Unterstützt werden diese

Ergebnisse durch Bates, Dale und Thal (1995), die ebenfalls große Unterschiede im produktiven Wortschatz kurz vor dem zweiten Geburtstag beobachteten.

Auch Szagun (2010, S. 119) betont, dass „das Phänomen des Vokabelspurts nicht allzu sehr in den Vordergrund gestellt oder gar als normatives Ereignis und unabdingbar für einen typischen Spracherwerb dargestellt [werden sollte]. Ein Vokabelspurt muss nicht bei jedem Kind auftreten und schon gar nicht [...] bei einem Wortschatz von 50 Wörtern. [...] Wenn der Vokabelspurt auftritt, ist es meistens bei einem Wortschatz von 50 und 100 Wörtern, und das Alter kann zwischen 17 und 28 Monaten liegen“ (Szagun 2010, S. 119).

Die Wortexplosion kann auf sich verändernde Lernstrategien nach dem Erwerb der ersten 50 Wörter zurückgeführt werden (vgl. Kannengieser 2009, S. 385). Mithilfe des sogenannten „Fast mapping“ gelingt dem Kind eine schnelle Speicherung neuer Wörter. Den Kindern genügt ein ein- oder zweimaliges Hören des Wortes, um das Bezugsobjekt aufzufinden, eine Verknüpfung herzustellen und die Wortform samt Wortbedeutung im mentalen Lexikon abzuspeichern. Die Einträge sind zu diesem Zeitpunkt allerdings noch sehr undifferenziert und unvollständig, weshalb sogenannte Über- und Unter-generalisierungen bei den Kindern auftauchen. Die gespeicherten Lexeme werden in den folgenden Wochen und Monaten zunehmend durch den aktiven und passiven Gebrauch ausdifferenziert (vgl. Kannengieser 2009, S. 227).

Das „Fast mapping“ wird wiederum durch sogenannte „Constraints“ erklärt, welche die Anzahl der möglichen Bedeutungen für die Wörter einschränken (vgl. Szagun 2010, S. 145). Markman (1990) geht von drei Constraints aus:

- “The whole object assumption which leads children to interpret novel terms as labels for objects – not parts, substances, or other properties of objects;
- The taxonomic assumption which leads children to consider labels as referring to objects of like kind, rather than to objects that are thematically related; and
- The mutual exclusivity assumption which leads children to expect each object to have only one label” (S. 57).

Die Disjunktionsannahme löst das Problem der Ganzheitsannahme. Die Ganzheitsannahme schließt den Erwerb von Bezeichnungen für Verben, Adjektive, Abstrakta oder Objektteile aus. Hört das Kind ein Wort zu einem Objekt, für welches es bereits eine Bezeichnung gespeichert hat, entwickelt das Kind Hypothesen und sucht nach einem neuen Bedeutungsbezug (vgl. Kauschke 2000, S. 20).

Die Disjunktionsannahme wird heute kontrovers diskutiert. Blewitt (1994) belegt, dass zwei- und dreijährige Kinder durchaus zwei Bezeichnungen für das gleiche Objekt

akzeptieren, und resümiert: “Contrary to the implications of some previous work, 2- and 3-year-olds appear to have both of the categorization skills necessary for forming categorical hierarchies” (S. 1279). Auf Basis dieser Befundlage wird heute, entgegen der Annahme von Markman (1990), davon ausgegangen, dass bereits zwei Jahre alte Kinder zu Begriffshierarchien in der Lage sind (vgl. Szagun 2010, S. 145).

Neben dem „Fast mapping“ und den „lexikalischen Beschränkungen“ (Constraints) werden folgende Erklärungen für den Wortschatzspurt diskutiert (vgl. Kauschke 2000, S. 15 ff.; Rothweiler 2001, S. 52):

- Externe Faktoren: Familiäre, soziale und kulturelle Einflüsse
- Kognitive Faktoren:
 - Entdeckung der Symbolfunktion von Sprache
 - Möglicherweise die Fähigkeit zur Objektkategorisierung (zur Übersicht der Diskussion siehe Kauschke 2000, S. 17 f.)
- Benenneinsicht: Entdeckung, dass jeder Referent mit einem Wort bezeichnet werden kann.
- Sprachimmanente Einflüsse:
 - Entdeckung des syntaktischen Prinzips: Wörter können zu strukturierten Äußerungen kombiniert werden.
 - Fortschritte in der phonetischen und phonologischen Entwicklung

Kauschke (2000) kommt zu dem Schluss, dass das komplexe Phänomen des Vokabelspurts nicht auf einen einzigen Faktor zurückgeführt werden kann, sondern, im Sinne von dynamischen Erklärungsansätzen, sowohl wachsende kognitive und sprachliche Fähigkeiten als auch externe Faktoren den Vokabelspurt in Gang setzen (vgl. S. 23).

Mit dem Anstieg des produktiven Wortschatzes ändert sich auch die Zusammensetzung des Vokabulars. Nach einer Untersuchung von Szagun (2001) setzt sich das Vokabular von Kindern zu einem frühen Zeitpunkt (durchschnittlich 74 Wörter) aus knapp 50 % Nomen, ca. 10 % Verben, 5 % Adjektive und 37 % Funktionswörter zusammen. Bei einem Vokabular von durchschnittlich 187 Wörtern geht der Anteil der Nomen auf 33 % zurück, während der Anteil der Verben auf 23 % stark ansteigt. Die Adjektive sind mit 5 % vertreten sowie die Funktionswörter mit 38 % (vgl. S. 96). Wie bei Goldfield und Reznick (1990) weisen auch bei Szagun (2010) die Kinder eine unterschiedliche Zusammensetzung des Wortschatzes auf, je nachdem, ob sie zu den referenziellen oder pronominalen Kindern gehörten (vgl. Szagun 2010, S. 121).

Der Anstieg des Verblexikons ist auf das „syntaktische Bootstrapping“ zurückzuführen. Das Kind nutzt die Syntax/den Satzrahmen, um die Wortbedeutung, in diesem Fall

die Bedeutung des Verbs, abzuleiten. Bereits zu einem früheren Entwicklungszeitpunkt nutzt das Kind das „prosodische Bootstrapping“ (die Prosodie wird zur Ableitung syntaktischen Wissens, d. h. zur Auffindung von Wortgrenzen, verwendet) und das „lexikalische Bootstrapping“ (vgl. Kannengieser 2009, S. 26). Als vierte Bootstrapping-Strategie muss das „semantische Bootstrapping“ genannt werden.

Nach dem Erwerb von Nomen, Verben, Funktionswörtern und den ersten Adjektiven kommen mit dem zweiten Geburtstag Adverbien des Orts, Kopula sowie Fragepronomen hinzu. Im Alter von 30 bis 36 Monaten verfügt das Kind über einen aktiven Wortschatz von 500 Wörtern. Es kommt zu einem deutlichen Anstieg an Verben und Funktionswörtern. Das Kind verwendet außerdem Adjektive zur Mengenangabe, Personalpronomen, Artikel und Präpositionen. Im Alter von drei Jahren werden Nomen zu Wörtern zusammengesetzt und aus Verben Nomen abgeleitet. Ein halbes Jahr später kommt die Produktion von Relativpronomen hinzu. Am Ende des Vorschulalters, mit fünf Jahren, besteht der Wortschatz des Kindes aus 3000 bis 5000 Wörtern. Die Wortartenverteilung entspricht der Erwachsener. In den folgenden Jahren nimmt der Wortschatzumfang weiter zu. Die Wortbedeutungen sowie das mentale Lexikon werden weiter ausdifferenziert (vgl. Kannengieser 2009, S. 226; Niebuhr-Siebert & Wendlandt 2011, S. 54 f.).

Grammatische Entwicklung

Clahsen (1986) beschreibt im Rahmen der Erstellung einer Profilanalyse den Entwicklungsverlauf des Grammatikerwerbs mithilfe eines fünfstufigen Phasenmodells. Aus Forschungsarbeiten der letzten Jahre wird deutlich, dass es in Bezug auf die Altersangaben zu Abweichungen kommen kann. Die von Clahsen publizierten Altersangaben sind nach Motsch (2004) eher nach unten zu korrigieren (vgl. S. 15). Grundsätzlich kann es zu individuellen Variationen von mindestens einem halben Jahr kommen (vgl. Kannengieser 2009, S. 151). Die von Clahsen (1986) beschriebenen Entwicklungsschritte von Kindern mit ungestörtem Spracherwerb wurden von der Forschung jedoch bestätigt, weshalb sie im Folgenden dargelegt werden.

Im Alter von etwa einem Jahr beginnt die Phase eins, welche durch Einwortäußerungen gekennzeichnet ist und durchaus bis zum 18. Lebensmonat andauern kann. Bei den sprachlichen Aktivitäten handelt es sich um Bitten, Aufforderungen, Fragen oder auch Aussagen (vgl. Kannengieser 2009, S. 151). Ob bereits zu diesem Zeitpunkt von Sätzen gesprochen werden sollte, wird in der Wissenschaft kontrovers diskutiert (vgl. Clahsen 1986, S. 15). Morphologische Veränderungen der Wörter sind noch nicht feststellbar.

Am Ende der Phase eins tauchen die ersten sogenannten „Sequenzen“ (Aneinanderreihung von Einwortäußerungen zu einer Satzbedeutung), Reduplikationen (mehrmalige Wiederholung von Einwortäußerungen) und paraverbalen Elemente auf (vgl. Clahsen 1986, S. 15 f.). Aus diesem Grund spricht Clahsen (1986) der Phase eins eine Vorläuferfunktion für die Syntax zu (vgl. S. 17).

Die Phase zwei wird mit etwa 18 Monaten erreicht. In dieser wird das syntaktische Prinzip entdeckt. Die Kinder kombinieren Wörter zu Zweiwort- und gelegentlich zu Dreiwortäußerungen. Syntaktische Regeln werden dabei nicht beachtet, und die Wortstellung erfolgt beliebig. Meist bestehen die Sätze aus Inhaltswörtern. Funktionswörter werden von den Kindern noch ausgelassen (vgl. Clahsen 1986, S. 18 ff.). Verben werden bevorzugt ans Ende gesetzt und verbale Elemente nicht getrennt. Morphologische Veränderungen werden wie in Phase eins noch nicht vorgenommen. Vereinzelt sind unsystematische Verbflexionen (dritte Person Singular) und Deklinationen (Pluralformen, Genitiv-s) zu beobachten. Das Fehlen obligatorischer Satzglieder ist zu diesem Zeitpunkt als normal zu bewerten (vgl. Berg 2011, S. 16 f.).

Auch in Phase drei, im Alter von ungefähr 2;0 bis 2;6 Jahren, nimmt die Äußerungslänge zu, und Drei- und Mehrwortäußerungen werden realisiert. Die Kinder produzieren jetzt nicht mehr nur einfache verbale Elemente (Verben, prädikative Adjektive und Präfixe), sondern auch zusammengesetzte Elemente wie Kopula-Adjektiv-Strukturen (vgl. Clahsen 1986, S. 20 f.). Das Verb rückt zunehmend in die Zweitposition, wobei die Finalposition weiterhin bevorzugt wird. Zusammengesetzte Verben werden ungetrennt an das Satzende gesetzt. In Phase drei macht das Kind die Entdeckung der Veränderbarkeit von Formen und nimmt die Markierung der ersten und dritten Person Singular meist korrekt vor. Es kommt dabei auch zu Übergeneralisierungen der regelmäßigen Verbformen (vgl. Berg 2011, S. 17). Wortstellungsfehler und Auslassungen, insbesondere von Subjekten, Präpositionen und Artikeln, sind typische erwerbsbedingte Fehler wie auch die fehlerhafte Genus-, Plural- und Kasusmarkierung (vgl. Clahsen 1986, S. 22; Kannengieser 2009, S. 153).

Die Phase vier erreichen die Kinder mit ca. drei Jahren. Kennzeichnend für diese Phase sind die Fortschritte im Bereich der Syntax und der Morphologie. Die Subjektivauslassungen und auch die Auslassungen der anderen Wörter gehen stark zurück, sodass die Sätze zunehmend vollständiger werden (vgl. Berg 2011, S. 17). Die zuvor fehlenden Funktionswörter werden nun überwiegend realisiert (vgl. Clahsen 1986, S. 28). Auch die syntaktischen Besonderheiten des Deutschen (Verbzweitstellungsregel des finiten Verbs, Finalstellung des infiniten Verbteils und die Trennung von Präfixverben) werden

von den Kindern immer häufiger berücksichtigt (vgl. Clahsen 1986, S. 23; Kannengieser 2009, S. 153). Morphologisch entdecken die Kinder die Regel der Subjekt-Verb-Kongruenz und wenden diese in 90 % der Fälle richtig an (vgl. Berg 2011, S. 18; Clahsen 1986, S. 25 f). Zuletzt wird die Markierung der zweiten Person Singular erworben (vgl. Berg 2011, S. 18; Clahsen 1986, S. 25). Neben der Verbkonjugation im Präsens gelingt den Kindern die Verbkonjugation im Perfekt (vgl. Kannengieser 2009, S. 153). Der Erwerb der Subjekt-Verb-Kongruenz und der Verbzweitstellungsregel hängen eng miteinander zusammen. Nach Clahsen (1986) stellt die Entdeckung des Kongruenzsystems eine wesentliche Voraussetzung für die Verbzweitstellungsregel dar (vgl. S. 27). Auch Weinert und Grimm (2012) schreiben, dass, „erst wenn flektierte Verbformen erworben werden, [Kinder] das Verb im Hauptsatz in die Zweitposition“ bewegen (S. 444).

In Phase vier werden außerdem die Pluralformen immer häufiger korrekt gebildet (vgl. Berg 2011, S. 18). Gelegentlich finden noch Übergeneralisierungen statt. Die Genusmarkierung im Nominativ gelingt den Kindern meist, wohingegen der Akkusativ am unbestimmten maskulinen Artikel falsch gebildet wird und die Markierung des Dativs in 50 % der Fälle nicht richtig gelingt (vgl. Kannengieser 2009, S. 154). Übergeneralisierungen des Nominativs auf den Akkusativ oder des Akkusativs auf den Dativ sind als entwicklungsnormal zu bewerten (vgl. Clahsen 1986, S. 31; Kannengieser 2009, S. 153).

Die Phase fünf und damit letzte Phase ist im Alter von 3;6 Jahren durch eine stetig komplexer werdende Syntax gekennzeichnet. Nach der Verbindung von zwei Hauptsätzen zu Satzreihen folgen Satzgefüge aus Haupt- und Nebensatz (vgl. Berg 2011, S. 18; Kannengieser 2009, S. 154). Zu den am frühesten beherrschten Nebensätzen zählen die Kausal- und Temporalsätze (vgl. Clahsen 1986, S. 29; Kannengieser 2009, S. 154). Final-, Konditional-, Adversativ- und Relativsätze werden in Phase fünf erworben (vgl. Kannengieser 2009, S. 154). Von Beginn an setzen die Kinder im Nebensatz das Verb an die geforderte Finalposition (vgl. Clahsen 1986, S. 30). Zu den typischen erwerbsbedingten Fehlern zählen in Phase fünf weiterhin die fehlerhafte Dativmarkierung sowie fehlerhafte Pluralmarkierungen, wobei nach Clahsen (1986, S. 31) der Dativ innerhalb der Phase fünf erworben wird.

Mit der Phase fünf ist der Grammatikerwerb keinesfalls abgeschlossen. Die morphologisch-syntaktischen Fähigkeiten der Kinder nehmen stetig zu, sodass sie sich zunehmend differenzierter ausdrücken und sich an die Gesprächssituation anpassen können (vgl. Berg 2011, S. 19 f.).

2.1.2 Spezifische Sprachentwicklungsstörung

2.1.2.1 Definition und Begrifflichkeiten

„Unter Sprachentwicklungsstörungen (SES) im engeren Sinne fassen wir alle Störungen des Sprechens und der Sprache, bei denen der Erwerb dieser sprachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten retardiert ist und/oder deutliche strukturelle Differenzen zum normalen Spracherwerb vorliegen“ (Kany & Schöler 2012, S. 634). Je nach theoretischem Hintergrund kann die Einteilung von Sprachentwicklungsstörungen nach unterschiedlichen Gesichtspunkten erfolgen. Im Folgenden wird die Einteilung nach medizinischen, patholinguistischen und linguistischen Kriterien vorgestellt, wobei der Schwerpunkt jeweils auf der Darstellung der häufigsten, nämlich der spezifischen Sprachentwicklungsstörung, liegt (vgl. Kany & Schöler 2012).

Nach patholinguistischen Kriterien werden die Sprachentwicklungsstörungen unterteilt in Störungen mit erkennbaren Ursachen und ohne erkennbare Ursachen. Während die Diagnose „Spezifische Sprachentwicklungsstörung“ altersentsprechende kognitive, neurologische, motorische, sensorische und psychische Leistungen erfordert, treten sekundäre bzw. unspezifische Sprachentwicklungsstörungen bei allgemeinen Entwicklungsstörungen auf. Die Diagnose „Spezifische (primäre) Sprachentwicklungsstörung“ kann frühestens im Alter von drei Jahren gestellt werden. Die meisten SSES-Kinder waren bereits im Alter von zwei Jahren von einer „Sprachentwicklungsverzögerung“ betroffen (vgl. AWMF 2011).

Neben dem Begriff „spezifische Sprachentwicklungsstörung“ sind die Bezeichnungen „umschriebene Störung des Sprechens und der Sprache“ (vgl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health-10), „Entwicklungsdysphasie“ (vgl. Grimm 2012) oder „Spracherwerbsstörung“ (vgl. Motsch 2004, S. 36) gängig. Letztere hebt den Aspekt der aktiven Wissensaneignung hervor (vgl. Kannengieser 2009, S. 6). Grimm (2012) bevorzugt trotz des sich durchsetzenden Begriffs der „spezifischen Sprachentwicklungsstörung“ den Begriff „Entwicklungsdysphasie“, da dieser „hinreichend allgemein ist, um die empirischen Sachverhalte aufzunehmen, dass nämlich die sprachlichen Probleme der Kinder mit nicht sprachlichen kognitiven Problemen einhergehen und dass beide Problembereiche unterschiedliche Formen und Ausprägungen annehmen können“ (Grimm 2012, S. 100). Im angloamerikanischen Sprachraum finden sich neben dem Begriff „specific language impairment“ (SLI) die Bezeichnungen „specific language disorder of language development“, „developmental dysphasia“, „development speech disorder syndrom“, „language retardation“ und „developmental apha-

sia” (vgl. Grimm 2012, S. 100). All diese Begrifflichkeiten sollen auf die „zeitlichen und inhaltlichen Abweichungen von der normalen Sprech- und Sprachentwicklung [...] in einem, mehreren oder allen sprachlich-kommunikativen Bereichen“ (AWMF 2011, S. 30) aufmerksam machen.

Zu der umschriebenen Sprachentwicklungsstörung (USES) steht in der 10. Auflage der International Statistical Classification of Diseases and Related Health (ICD-10): „Es handelt sich um Störungen, bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind. Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden.“ In der ICD-10 wird im Bereich der umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache zwischen expressiven und rezeptiven Störungen unterschieden. Bei der expressiven Sprachstörung liegen die produktiven Fähigkeiten eines Kindes, d. h. expressiver Wortschatz, Grammatik und Aussprache, deutlich unter seinem Intelligenz- bzw. dem allgemeinen Entwicklungsalter angemessenen Niveau. Bei Kindern mit einer rezeptiven Sprachstörung liegen die Fähigkeiten zur Dekodierung von Informationen auf der Laut-, Wort-, Satz- und Textebene unter dem Intelligenz- bzw. dem allgemeinen Entwicklungsalter angemessenen Niveau. Neben dem Sprachverständnis sind die produktiven Fähigkeiten eingeschränkt, sodass es sich eher um eine gemischt rezeptiv-expressive Störung handelt, weshalb der Begriff „rezeptive Sprachstörung“ missverständlich ist (vgl. AWMF 2011). Da nicht selten Kinder mit expressiven Störungen auch Auffälligkeiten im rezeptiven Bereich zeigen können, muss diese Klassifikation kritisch betrachtet werden. Die von der ICD-10 vorgenommene Einteilung muss also eher als graduelle Abstufung verstanden werden (vgl. Hachul & Schönauer-Schneider 2012, S. 30). Aussprachestörungen, d. h. phonologische oder phonetisch-phonologische Störungen, werden in der ICD-10 unter dem Terminus „Artikulationsstörung“ gefasst. Die Artikulationsfähigkeiten liegen unter dem Intelligenz- bzw. dem allgemeinen Entwicklungsalter angemessenen Niveau des Kindes. Die Sprachebenen „Semantik/Lexikon“ bzw. „Morphologie/Syntax“ dürfen nicht betroffen sein. Aussprachestörungen stellen die häufigste Form der kindlichen Kommunikationsstörungen dar (vgl. Broomfield & Dodd 2004). Rein phonetische Störungen werden unter F80.8 (Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache) subsumiert und zählen nicht zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, da die Kinder Schwierigkeiten haben, einen Laut peripher sprechmotorisch korrekt zu bilden (vgl. Neumann et al. 2009).

Aus sprachwissenschaftlicher Sicht werden Sprachentwicklungsstörungen in Hinblick auf die jeweilige Sprachebene beschrieben. Vier Sprachebenen werden dabei unterschieden: die phonetisch-phonologische, die morphologisch-syntaktische, die semantisch-lexikalische und die pragmatisch-kommunikative Ebene. Die Symptome werden, mit Ausnahme der pragmatisch-kommunikativen Ebene (vgl. Kap. 2.2.3.3), in Tabelle A. 1 dargestellt.

2.1.2.2 Prävalenz

Nach nationalen und internationalen Studien wird heute davon ausgegangen, dass ca. 13 % bis 20 % der Zweijährigen zur Gruppe der Late Talker gehören⁴ (vgl. Grimm 2012; Grimm & Doil 2006; Horwitz et al. 2003; Sachse & Suchodoletz 2009). 30 % bis 50 % dieser Kinder holen den sprachlichen Rückstand bis zum Alter von drei Jahren auf. Geht man für die Berechnung der Prävalenzrate von Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen davon aus, dass 30 % der Late Talker den sprachlichen Rückstand aufholen, sind im Alter von drei Jahren 9 % bis 14 % der Kinder eines Jahrgangs betroffen. Sind 50 % der Kinder Late Bloomer, würden 7 % bis 10 % der Kinder eines Jahrgangs spezifische Sprachentwicklungsstörungen aufweisen. Nach Suchodoletz (2003) schwanken die Angaben zwischen 2 % und 40 %. In einer groß angelegten Studie von Tomblin, Smith und Zhang (1997b) mit 7218 monolingual aufwachsenden englischsprachigen Kindern wiesen 7 % eine spezifische Sprachentwicklungsstörung auf. In der Gesamtstichprobe waren 8 % der Jungen und 6 % der Mädchen von einer SSES betroffen.

Für den deutschen Sprachraum liegt die Studie von Esser, Lehmkuhl und Schmidt (1983) vor. Die Forschungsgruppe untersuchte 399 achtjährige Grundschüler aus dem Raum Mannheim. 6 % der Kinder erfüllten die Kriterien für eine Sprachentwicklungsverzögerung, während 11 % eine isolierte Sprechstörung aufwiesen. Grimm (2004) untersuchte die sprachliche Entwicklung von 1395 Vorschülern im Alter von 4;0 bis 5;11 Jahren in Bielefeld. In der Gruppe deutschsprachiger Kinder (1014 Kinder) zeigten 71 % der Kinder eine unauffällige Sprachentwicklung, 10 % Defizite im syntaktischen und phonologischen Bereich, 9 % Defizite im syntaktischen Bereich und 10 % im phonologischen Bereich (vgl. Grimm 2004, S. 40). Auch wenn ca. 30 % der Kinder sprach-

⁴ Late Talker sprechen im Alter von 24 Monaten noch keine 50 Wörter und bilden keine Mehrwortäußerungen (Grimm 2012).

liche Auffälligkeiten zeigten, betont Grimm (2004), dass nur die Gruppe der Kinder mit syntaktischen und phonologischen Störungen „echte Risikokinder“ sind, während bei den anderen zwei Gruppen von „Verdachtskindern“ gesprochen werden muss. Die von Grimm (2004) ermittelte Häufigkeit stimmt somit mit den internationalen Prävalenzraten überein.

Was das Geschlechterverhältnis anbelangt, so überwiegen meist die Jungen mit einem Verhältnis von 3:1 (vgl. Suchodoletz 2003). Bei Tomblin et al. (1997a) betrug das Geschlechterverhältnis nur 1.3:1.

2.1.2.3 Symptomatik

Kinder, die von einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung betroffen sind, weisen altersentsprechende physische, kognitive und sozial-emotionale Fähigkeiten auf und sind von keinen schwerwiegenden neurologischen oder sensorischen Schädigungen betroffen. Dennoch können im Verlauf der Entwicklung motorische, sozial-emotionale und/oder kognitive Auffälligkeiten als Begleit- und Folgeerscheinungen hinzutreten (vgl. Neumann et al. 2009). Die Symptomatik von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen ist von einer großen Heterogenität geprägt. Die Profile können sich im Laufe der Zeit sowohl interindividuell als auch intraindividuell verändern. Neben quantitativen Abweichungen sind qualitative Abweichungen zu beobachten. Trotz der enormen Heterogenität sind übereinstimmende Züge in der Sprachentwicklung von SSES-Kindern zu konstatieren (vgl. Dannenbauer 2003). Charakteristisch sind nach Grimm (2012) der verspätete Sprachbeginn, der verlangsamte Spracherwerb mit Plateaubildung, bessere Sprachverständnis- als sprachproduktive Fähigkeiten, gestörtere syntaktisch-morphologische Leistungen als semantisch-pragmatische Leistungen und eine nonverbale Testintelligenz im Normalbereich (vgl. S. 99).

Im Folgenden werden die Symptome einer Sprachentwicklungsstörung dargestellt (eine differenzierte Darstellung findet sich in Tabelle A. 1). Da sich die Symptome der spezifischen Sprachentwicklungsstörung nicht von den Symptomen der allgemeinen bzw. primären Sprachentwicklungsstörung unterscheiden, werden sie nicht getrennt voneinander betrachtet (vgl. Neumann et al. 2009).

Vier Ebenen werden in der Linguistik unterschieden: Lexikon/Semantik, Syntax/Morphologie, Phonetik/Phonologie und Pragmatik. In den ersten beiden Lebensjahren fallen die betroffenen Kinder durch einen verspäteten Sprechbeginn, einen einge-

schränkten produktiven und/oder rezeptiven Wortschatz sowie das verspätete Eintreten in die Zweiwortphase auf (vgl. Suchodoletz 2003). German (1994) geht davon aus, dass ca. 40 % der Kinder von semantisch-lexikalischen Störungen betroffen sind. Neben diesen dominieren in den ersten Lebensjahren die Sprachverständnisstörungen und phonetisch-phonologischen Störungen. Mit der Produktion von Äußerungen, bestehend aus drei und mehr Wörtern, treten meist im Kindergartenalter die grammatischen Störungen in den Vordergrund (vgl. Motsch 2004, S. 37). Grammatische Störungen gelten als das Leitsymptom für umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache und können über Jahre das Erscheinungsbild beherrschen (vgl. Dannenbauer 2003, S. 51).

Beim „Sprachverständnis“ handelt es sich zwar um keine eigene linguistische Ebene, dennoch können Störungen in diesem Bereich auftreten. Semantisch-lexikalische, syntaktisch-morphologische, phonetisch-phonologische sowie pragmatisch-kommunikative Störungen (PKS) zeigen sich häufig nicht nur in den expressiven Fähigkeiten, sondern auch in den rezeptiven. Neben den rezeptiven Auffälligkeiten auf den einzelnen Sprachebenen existieren sogenannte „Sprachverständnisstörungen“. Diese sind „mehr als ein rezeptives Defizit“ (Kannengieser 2009, S. 300). Es handelt sich um eine komplexe Sprachstörung, „bei der der gesamte linguistische Verstehensprozess nicht ungestört abläuft und eine Sinnentnahme aus sprachlichen Ganzheiten erschwert ist“ (Kannengieser 2009, S. 300). Nach Amorosa und Noterdaeme (2003) sind 30 % bis 40 % der Kinder mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung von rezeptiven Sprachstörungen betroffen⁵. Während Kinder mit expressiven Sprachstörungen im Alltag gut erkannt werden können, bleiben Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen häufig lange unentdeckt (vgl. Baur & Endres 1999; Buschmann & Jooss 2011). Im Gegensatz zur Sprachproduktion kann die Sprachrezeption nicht beobachtet werden. Prozesse des Sprachverständnisses laufen verdeckt ab, sodass Sprachverständnisstörungen für Eltern und Lehrerinnen häufig unbemerkt bleiben (vgl. Möller et al. 2008). Darüber hinaus eignen sich die betroffenen Kinder im Laufe der Entwicklung Strategien zur Kompensation der mangelnden Fähigkeiten im Dekodieren von Informationen auf der Wort-, Satz- und Textebene an (vgl. Buschmann & Jooss 2011). Eine sinnvolle Kombination aus Situation, Weltwissen, Intonation und Gestik ermöglicht den Kindern ein Begreifen, ohne auch nur ein einziges Wort zu verstehen (vgl. Baur & Endres 1999; Buschmann & Jooss

⁵ Amorosa & Noterdaeme (2003) unterscheiden im Gegensatz zu Kannengieser nicht zwischen „Sprachverständnisstörungen“ (komplexe Störung) und „rezeptiven Sprachstörungen“ (rezeptiver Anteil auf jeder Sprachebene). Sie verwenden den Begriff „Rezeptive Sprachstörung“ für jegliche Auffälligkeiten im rezeptiven Bereich.

2011). Sie halten den Blickkontakt und signalisieren ihrem Gesprächspartner durch Nicken und Ja-Sagen ein Verstehen, spornen ihn dadurch sogar zum Weitersprechen an (vgl. Baur & Endres 1999; Buschmann & Jooss 2011). Da es für die betroffenen Kinder normal ist, nicht zu verstehen, werden Sprachverständnisprobleme auch nicht durch ein Nachfragen, ob das Kind alles verstanden hätte, offenbart. Offensichtlich werden Sprachverständnisprobleme im Alltag erst durch das fehlende oder falsche Ausführen von Aufforderungen (vgl. Baur & Endres 1999).

Neben den Sprachverständnisseleistungen werden die pragmatischen Fähigkeiten von SSES-Kindern häufig überschätzt und von den formalsprachlichen Defiziten überdeckt (vgl. Bishop 2003). Entsprechend der Definition für umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache gelten die pragmatischen Kompetenzen sogar als relative Stärke der Kinder im Vergleich zu den formalsprachlichen Fähigkeiten (vgl. Jungmann 2012, S. 45). In einer Untersuchung von Conti-Ramsden, Botting, Simkin und Knox (2001) wiesen 14 % der elfjährigen Kinder mit SSES unterdurchschnittliche pragmatische Fähigkeiten auf.

Spontansprachlich werden die Kinder im Laufe der Schulzeit zunehmend unauffälliger. Sie haben Strategien entwickelt, um ihre Sprachdefizite zu verbergen, und sprechen in kurzen, einfachen Sätzen (vgl. Suchodoletz 2003). Das erreichte Sprachniveau liegt im Jugendalter jedoch häufig unter den Fähigkeiten der Altersgenossen (vgl. Berg 2011). Vor allem bei komplexen laut- und schriftsprachlichen Anforderungen sowie beim Erzählen von längeren Geschichten fallen die Sprachstörungen auf. Häufig sind die Probleme der Kinder auch nicht auf eine sprachliche Ebene begrenzt, sondern sie sind von komplexen Sprachentwicklungsstörungen betroffen, die sich auf verschiedenen Sprachebenen zeigen. Zu erklären ist dieses Phänomen durch die Beziehung der verschiedenen Sprachebenen zueinander (siehe Kap. 2.1.2.4).

Bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen handelt es sich somit um ein komplexes Störungsbild mit unterschiedlichen Erscheinungsformen, das ohne therapeutische Unterstützung nicht überwunden werden kann und häufig bis ins Jugend- und Erwachsenenalter persistiert mit negativen Auswirkungen auf andere Entwicklungsbereiche (vgl. Kolonko & Seglias 2014; Seiffert 2014; Kap. 2.1.2.7; Kap. 2.3.3).

2.1.2.4 Zusammenhänge zwischen den Sprachebenen

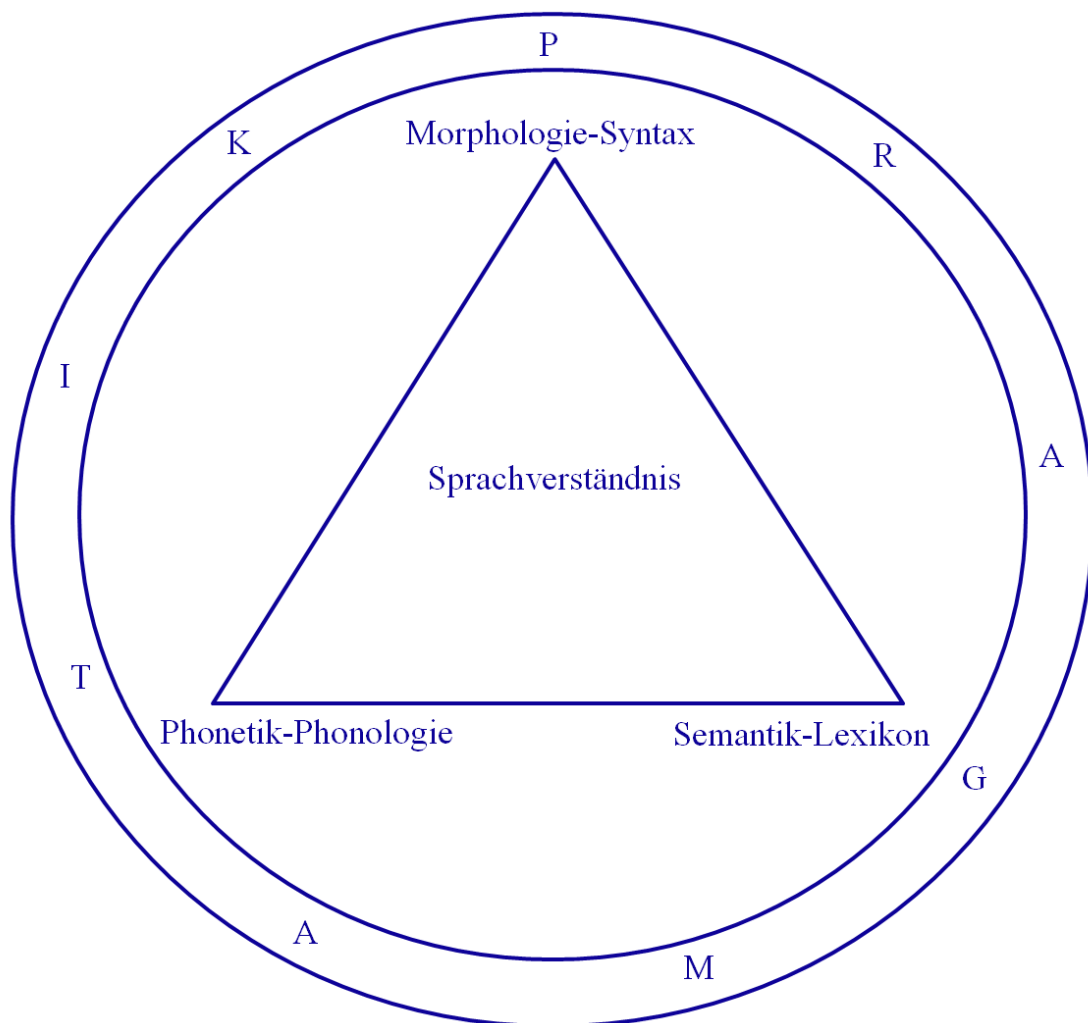


Abbildung 1. Zusammenhänge der Sprachebenen

Phonetisch-phonologische, morphologisch-syntaktische, semantisch-lexikalische, rezeptive und pragmatisch-kommunikative Störungen stehen in einem engen Zusammenhang (Abbildung 1). Einerseits sind die Störungsbilder auf ähnliche Risikofaktoren zurückzuführen. Phonetisch-phonologische und grammatische Störungen teilen sich insbesondere Störungen im Bereich des phonologischen Arbeitsgedächtnisses und der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung⁶. Durch Qualitäts- und Kapazitätsdefizite im phonologischen Arbeitsgedächtnis können die phonotaktischen Regeln des Deutschen nicht hinreichend ausdifferenziert und phonologische Repräsentationen im mentalen Lexikon nur ungenau gespeichert werden (vgl. Kannengieser 2009, S. 64 f.). Auf der morphologisch-

⁶ Störungen in der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung werden als mögliche Ursache für spezifische Sprachentwicklungsstörungen kontrovers diskutiert (siehe Kapitel 2.1.2.6.4).

syntaktischen Sprachebene bewirken diese Defizite eine lückenhafte Ableitung grammatischer Regeln des Deutschen.

Auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen spielen sowohl bei phonetischen Störungen als auch bei konsequenten phonologischen Störungen eine entscheidende Rolle. Durch ein eingeschränktes Funktionieren der Rückmeldekreisläufe über die Luft- und Knochenleitung kann kein differenzierter Vergleich zwischen der eigenen motorischen Realisation bzw. dem gespeicherten motorischen Programm und der Umgebungssprache stattfinden, wodurch Korrekturen nicht möglich sind (vgl. Kannengieser 2009, S. 61). Weiterhin werden durch Störungen in der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung Laute nur ungenau abgespeichert und infolgedessen unpräzise realisiert (vgl. Kannengieser 2009, S. 64). Konsequente phonologische Störungen resultieren aus Defiziten im Bereich der Inputverarbeitung, wodurch die phonologischen Repräsentationen nur ungenau gespeichert werden können und phonotaktische Regeln mangelhaft aufgebaut werden (vgl. Fox 2007). Eine funktionierende auditive Verarbeitung und Wahrnehmung ist ebenfalls für den Erwerb der Grammatik grundlegend. Morphologische Markierungen befinden sich im Deutschen häufig in unbetonten Endsilben und unterscheiden sich zudem nur minimal (vgl. Motsch 2004, S. 49). Durch Wahrnehmungs- und Diskriminierungsdefizite werden morphologische Regeln des Deutschen nur schwer bzw. fehlerhaft abgeleitet (vgl. Kannengieser 2009, S. 156).

Neben den ähnlichen Risikofaktoren können sich Störungen auf einer sprachlichen Ebene auf die Entwicklung von Störungen auf einer anderen linguistischen Ebene auswirken. Semantisch-lexikalische Störungen können durch Störungen im phonetisch-phonologischen Bereich unterstützt werden. Eine ungenaue Speicherung phonologischer Repräsentationen im mentalen Lexikon wirkt sich nachhaltig auf die Speicherung neuer Einträge aus (vgl. Kannengieser 2009, S. 232). Gleichzeitig bedarf es einer bestimmten Wortschatzgröße zur Aneignung sprachsystematischen Wissens über die Lautverwendung (vgl. Kannengieser 2009, S. 65). Auch hängen grammatische Störungen eng mit semantisch-lexikalischen Störungen zusammen. Der Wortschatzerwerb geht dem Grammatikerwerb voraus. Eine bestimmte „kritische Masse“ ist erforderlich, um in den Grammatikerwerb einsteigen zu können (vgl. lexikalisches Bootstrapping). Szagun, Steinbrink, Franik und Stumper (2006) zeigten, dass ab einer Wortschatzgröße von 200 bis 300 Wörtern der Grammatikerwerb deutlich ansteigt (vgl. S. 273). Dies verwundert nicht, da ohne eine bestimmte Wortschatzgröße die Ableitung von morphologisch-syntaktischen Regeln nicht gelingen kann.

Störungen im rezeptiven Bereich wurden im Schaubild ins Zentrum gestellt (Abbildung 1), da jede Störung auf einer Sprachebene einen rezeptiven Anteil haben kann, d. h. semantisch-lexikalische Störungen, morphologisch-syntaktische Störungen und phonetisch-phonologische Störungen betreffen dann nicht nur die produktiven Fähigkeiten, sondern auch die rezeptiven (vgl. Kannengieser 2009, S. 300). Bei mehr als 50 % der Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen gehören rezeptive Sprachstörungen zum Erscheinungsbild (vgl. Amorosa & Noterdaeme 2003). Störungen, die nur rezeptiv vorherrschen, aber nicht produktiv, existieren nicht, da die Produktion ein sehr viel höheres Wissen um distinktive Merkmale benötigt als die Rezeption. Neben rezeptiven Störungsschwerpunkten auf den einzelnen Sprachebenen liegen bei ca. 30 % bis 40 % der Kinder umfassende Sprachverständnisstörungen vor, die ebenfalls einen Zusammenhang mit morphologisch-syntaktischen, semantisch-lexikalischen und phonetisch-phonologischen Störungen aufweisen (vgl. Amorosa & Noterdaeme 2003).

Die Pragmatik bildet in dem entwickelten Schaubild den Rahmen (Abbildung 1). Auf der einen Seite verfügt das Kind, bevor es formalsprachliche Fähigkeiten entwickelt, über pragmatische Fähigkeiten, d. h. die pragmatischen Kompetenzen bilden den Ausgangspunkt für den Erwerb formalsprachlicher Fähigkeiten. Störungen in den präverbalen Fähigkeiten haben somit Auswirkungen auf den Erwerb formalsprachlicher Fähigkeiten. Auf der anderen Seite sind formalsprachliche Kompetenzen für die weitere pragmatisch-kommunikative Entwicklung notwendig. Im weiteren Entwicklungsverlauf ermöglicht der kommunikative Gebrauch von Sprache (in der Interaktion mit Peers beispielsweise) ein Voranschreiten in der formalsprachlichen Entwicklung (vgl. Weigl & Reddemann-Tschaikner 2009, S. 46). Störungen im morphologisch-syntaktischen, phonetisch-phonologischen, semantisch-lexikalischen und rezeptiven Bereich wirken sich somit nachteilig auf die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten aus.

Das Schaubild (Abbildung 1) und die Ausführungen in diesem Kapitel verweisen auf eine enge Verwobenheit der unterschiedlichen Störungsbilder. Spezifische Sprachentwicklungsstörungen weisen zwar häufig einen Störungsschwerpunkt auf einer sprachlichen Ebene auf, meist sind jedoch auch die anderen linguistischen Ebenen beeinträchtigt. Nichtsdestotrotz berücksichtigt die AWMF (2011) in ihrer Definition von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen auch Kinder mit isolierten Störungen auf einer sprachlichen Ebene.

2.1.2.5 Diagnostik

Die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörung setzt sich aus der „Feststellungsdiagnostik“ und der „Profildagnostik“ zusammen. Erstere prüft die Erfüllung der Diagnosekriterien für eine spezifische Sprachentwicklungsstörung, Letztere mögliche therapierelevante Schwerpunkte auf verschiedenen sprachlichen Ebenen. Bei der Feststellungsdiagnostik geht es neben der Überprüfung des Interventionsbedarfs vor allem um die Abgrenzung einer allgemeinen Sprachentwicklungsstörung von der umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache. Darüber hinaus muss die spezifische Sprachentwicklungsstörung von

- isolierten Störungen der Artikulation oder der Schriftsprache
- auditiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Kommunikationsstörungen im autistischen Spektrum

abgegrenzt werden (vgl. Kannengieser 2014). Hierzu ist eine Differenzialdiagnostik notwendig, die mehrere Schritte umfasst und von einem interdisziplinären Team geleitet wird.

Nach der ICD-10 erfolgt die Differentialdiagnostik über Ein- und Ausschlusskriterien. Suchodoletz (2003) fasst diese wie folgt zusammen (Tabelle 2):

Tabelle 2 *Ein- und Ausschlusskriterien für spezifische Sprachentwicklungsstörungen nach der ICD-10 (Suchodoletz 2003)*

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprachfertigkeiten außerhalb der Norm ▪ Sprachstörung nicht bedingt durch <ul style="list-style-type: none"> ○ Intelligenzstörung ○ Hörstörung ○ Hirnorganische Erkrankung ○ Emotionale Störung ○ Anregungsarme Umwelt ▪ Altersentsprechendes Kommunikationsbedürfnis ▪ Relativ ungestörte nichtverbale Kommunikation ▪ Primäre Störung mit stetigem Verlauf ▪ Besserung mit dem älter werden
--

Die Diagnostik einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung umfasst somit neben dem sprachlichen Entwicklungsstand die Überprüfung des kognitiven, sozial-emotionalen sowie körperlichen Entwicklungsstandes. Außerdem gilt es die Entwicklungsvorausset-

zungen und -bedingungen des Kindes für den Spracherwerb zu hinterfragen. In der interdisziplinären S2k-Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen werden in Anlehnung an die ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt 2008) die diagnostischen Kriterien wie folgt zusammengefasst (AWMF 2011, S. 26):

- 1 „Die mit einem standardisierten und normierten Test erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen auf einer oder mehreren sprachlich-kommunikativen Ebenen 1.5 bis 2 Standardabweichungen unterhalb der Altersnorm des Kindes.
- 2a Die Mit [sic] Hilfe strukturierter Verhaltensbeobachtung und linguistischer Analysen erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen bedeutsam unterhalb der Fähigkeiten der Altersgruppe.
- 2b Verwendung und Verständnis nonverbaler Kommunikation liegen innerhalb der Altersnorm.
- 3 Normalitätsannahme: Es fehlen neurologische, sensorische, emotionale, soziale oder körperliche Störungen, die die Sprachproblematik erklären können. Eine Intelligenzminderung (IQ < 85, gemessen mit einem nonverbalen Intelligenztest) besteht nicht.“

Neben diesen Kriterien fordert die ICD-10 die Einhaltung des doppelten Diskrepanzkriteriums:

- 1 Die nonverbalen kognitiven Fähigkeiten eines Kindes müssen mindestens im Durchschnittsbereich liegen und die sprachlichen Fähigkeiten mindestens 1 bis 1.5 Standardabweichungen von der Altersnorm nach unten abweichen.
- 2 Zwischen den kognitiven und sprachlichen Leistungen besteht ein deutlicher Abstand von mindestens einer Standardabweichung.

In der interdisziplinären S2k-Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen „wird aus Gründen der praktischen Anwendbarkeit auf das doppelte Diskrepanzkriterium bei der Diagnose einer USES verzichtet“ (AWMF 2011, S. 50). An einem Beispiel soll das doppelte Diskrepanzkriterium problematisiert werden. Ein Schüler erzielt in einem Test zur allgemeinen Sprachentwicklung einen Standardwert von 83 und in einem nonverbalen Intelligenztest einen IQ-Wert von 95. Die sprachlichen Fähigkeiten liegen somit eine Standardabweichung unter der Altersnorm und die kognitive Leistung im Durchschnittsbereich. Kriterium eins wäre somit erfüllt. Kriterium zwei erfordert eine Leistungsdifferenz zwischen den sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten von einer Standardabweichung (15 IQ-Punkte). Dieses Kriterium wird nicht erfüllt, da die genannten Bereiche nur zwölf IQ-Punkte Differenz aufweisen. Die von der ICD-10 ein-

geforderten Diagnosekriterien für die Überprüfung einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache würden von diesem Schüler nicht erfüllt werden.

Im Folgenden wird eine Übersicht zu den existierenden Diagnostikmaterialien zur Erfassung des allgemeinen Sprachentwicklungsstandes gegeben (Tabelle 3). Dabei wird zwischen Elternfragebögen und Verfahren, die direkt mit dem Kind durchgeführt werden, unterschieden. Es werden ausschließlich standardisierte und normierte Verfahren vorgestellt, in deren Zentrum die Erhebung des allgemeinen Sprachentwicklungsstandes steht. Verfahren zur Erfassung des allgemeinen Entwicklungsstandes, die Subtests zur Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten enthalten, werden ausgelassen.

Tabelle 3 *Übersicht zu Diagnostikmaterialien zur Erfassung des Sprachentwicklungsstandes*

Verfahren	Autor(en) (Jahr)	Alter
Sprachentwicklungstests		
Entwicklungstest Sprache für Kinder von vier bis acht (ETS)	Angermeier (2007)	4;0–8;11 Jahre
Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET)	Grimm & Schöler (1991)	3;0–9;11 Jahre
Kindersprachtest für das Vorschulalter (KISTE)	Häuser, Kasielke & Schneiderreiter (1994)	3;3–6;11 Jahre
Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (PDSS)	Kauschke & Siegmüller (2009)	2;0–6;11 Jahre
Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten (P-ITPA)	Esser, Wyschkon, Ballaschk & Hänsch (2010)	4 Jahre–Ende 5. Klasse
Screening der kindlichen Sprachentwicklung (SKREENIKS)	Wagner (2014)	4;0–7;11 Jahre
Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5)	Grimm, Aktas & Frevert (2010)	3;0–5;11 Jahre
Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK 2)	Grimm, Aktas & Frevert (2000)	2;0–2;11 Jahre
Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV)	Grimm, Aktas & Kießig (2003)	3;0–5;11 Jahre
Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren (SET 5–10)	Petermann (2012)	5;0–10;11 Jahre

Elternfragebögen		
Eltern Antworten – Revision	Bockmann & Kiese-Himmel (2012)	18–26 Monate
Elternfragebogen für einjährige Kinder	Grimm & Doil 2006	12 Monate
Elternfragebogen für zweijährige Kinder	Grimm & Doil 2006	24 Monate
Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung	Szagun, Stumper & Schramm (2009)	1;6–2;6 Jahre
Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7	Suchodoletz, Sachse, Kademmann & Tippelt (2012)	21.–24. Monate
Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7a	Suchodoletz, Sachse, Kademmann & Tippelt (2012)	32.–40. Monat

Im deutschen Sprachraum existiert eine Reihe an Verfahren zur Erfassung des allgemeinen Sprachentwicklungsstandes. Seit 2007 wurden einige neue Testverfahren entwickelt. Verfahren aus den 90er-Jahren erfüllen zwar noch die Testgütekriterien, sind aufgrund der überholten Materialien für die Praxis jedoch nicht mehr zu empfehlen. Ein Großteil der Verfahren zielt ab auf die Überprüfung der Sprachentwicklung im Vorschulalter. Im Grundschulalter können der „Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren“ (SET 5–10) von Petermann (2012), der „Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten“ von Esser et al. (2010), der „Heidelberger Sprachentwicklungstest“ von Grimm und Schöler (1991) und der „Entwicklungstest Sprache für Kinder von vier und acht“ von Angermeier (2007) eingesetzt werden. Seit 2006 wurden zudem verschiedene Elternfragebögen entwickelt.

Ein Großteil der allgemeinen Sprachentwicklungstests überprüft mindestens die morphologisch-syntaktischen, semantisch-lexikalischen und rezeptiven Fähigkeiten (Tabelle 4). Nur wenige Verfahren setzen sich mit den phonetisch-phonologischen und pragmatisch-kommunikativen Leistungen auseinander. Neben den aufgeführten Bereichen gibt es Testverfahren, die zusätzlich das phonologische Arbeitsgedächtnis (P-ITPA; SSV; SET 5–10), die phonologische Bewusstheit (P-ITPA, ETS), die Verarbeitungsgeschwindigkeit (SET 5–10; ETS) sowie die Lesefähigkeiten (P-ITPA; ETS) und die Rechtschreibleistungen (P-ITPA) überprüfen.

Tabelle 4 Übersicht zu den überprüften Bereichen der Sprachentwicklungstests

	Morphologie/ Syntax	Semantik/ Lexikon	Phonetik/ Phonologie	Sprach- verständnis	Pragmatik
ETS					
HSET					
KISTE					
PDSS					
P-ITPA					
SCREENIKS					
SET 5–10					
SETK 2					
SETK 3-5					
SSV					

2.1.2.6 Risikofaktoren

2.1.2.6.1 Allgemein

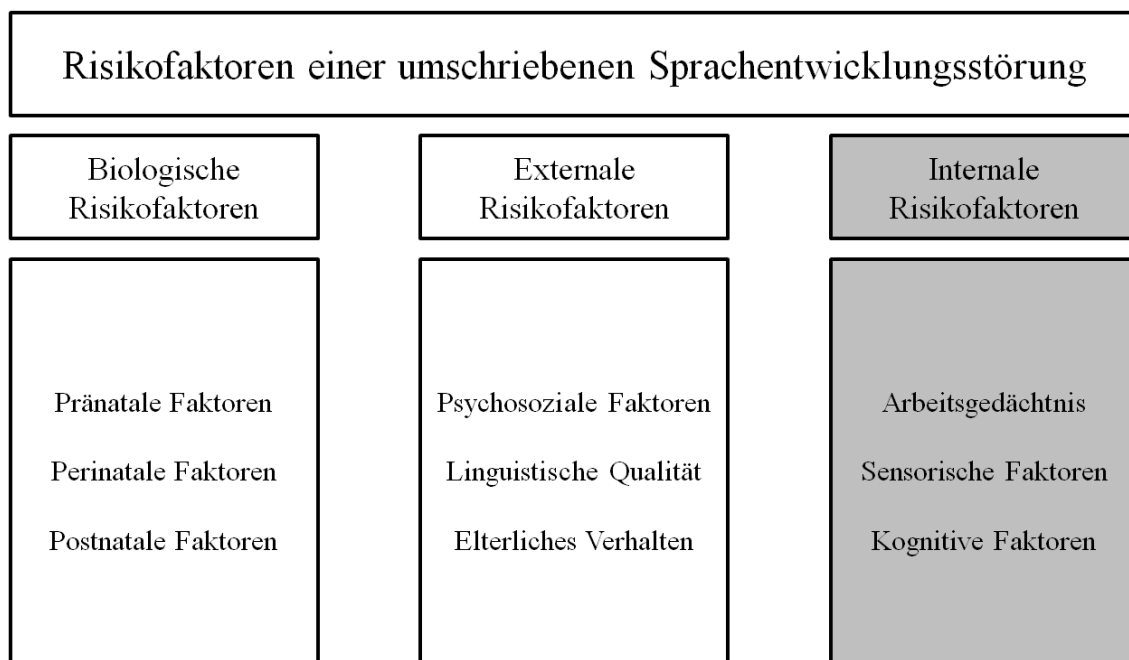


Abbildung 2. Risikofaktoren für eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung

Es wird heute davon ausgegangen, dass spezifische Sprachentwicklungsstörungen multifaktoral und multifaktoriell bedingt sind (Abbildung 2). Dementsprechend wird im Fol-

genden nicht von „Ursachen“ gesprochen, sondern es werden mögliche Risikofaktoren für umschriebene Sprachentwicklungsstörungen vorgestellt. Im Zentrum der angenommenen Bedingungshintergründe stehen internale Faktoren (vgl. Kannengieser 2014).

Die Darstellung der Risikofaktoren erfolgt nach einem festen Schema. Zunächst findet eine kurze Beschreibung des Gegenstandsbereiches statt, bevor Forschungsergebnisse angeführt werden und ein Fazit gezogen wird.

2.1.2.6.2 Biologische Risikofaktoren

Pränatale Risikofaktoren

Tomblin et al. (1997b) untersuchten zahlreiche prä- und perinatale Faktoren für die Entstehung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. Im Bereich der pränatalen Faktoren wurde der Zusammenhang mit Fehlgeburten, Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum, Diabetes, Nierenbeckenentzündungen, Schilddrüsen-Erkrankungen, MMP (Mumps, Röteln, Masern, Windpocken), Hepatitis und Gelbsucht, Geschlechtskrankheiten, Harnwegsinfektionen sowie Bluthochdruck geprüft. Dabei wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Müttern von SSES-Kindern und Müttern sprachlich gesunder Kinder beobachtet. Der Einfluss von Nikotin- und Alkoholkonsum ist auf die durch den Nikotin- und Alkoholkonsum entstehenden kognitiven Einschränkungen zurückzuführen. Tomblin et al. (1997b) resümieren: “None of the studies, however, examined specific language deficit associated with smoking, and indirectly the results suggest that the effect is more generalized to all cognitive functions” (S. 328). Somit existieren keine direkten pränatalen Risikofaktoren für spezifische Sprachentwicklungsstörungen.

Perinatale Faktoren

Frühgeburtlichkeit und das damit im Zusammenhang stehende niedrige Geburtsgewicht sind im Bereich der biologischen Risiken am besten erforscht (vgl. Amorosa & Noterdaeme 2003). Die Forschungsergebnisse zur Sprachentwicklung frühgeborener Kinder differieren erheblich. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass sich die Studien hinsichtlich der Probandengruppe (unreif geboren, sehr unreif geboren oder extrem unreif geboren) und der angewendeten Definitionskriterien zur Einordnung der frühgeborenen Kinder unterscheiden. Zweitens betrachten die Studien unterschiedliche Zeitpunkte der

Sprachentwicklung, und drittens können differierende Forschungsergebnisse aufgrund der zunehmenden Verbesserung in der Versorgung und Förderung frühgeborener Kinder auf das Untersuchungsjahr zurückgeführt werden (vgl. Kiese-Himmel 2005). Abschließend stehen im Zentrum einiger Studien Kinder mit neurologischen oder kognitiven Behinderungen bzw. Entwicklungsstörungen, sodass es nicht um die Frage nach der Häufigkeit des Auftretens von umschriebenen, sondern von allgemeinen Sprachentwicklungsstörungen geht.

Kiese-Himmel (2005) erforschte die produktiven und rezeptiven Sprachentwicklungsleistungen von frühgeborenen Kindern im Alter von zwei Jahren ohne bekannte schwere neurologische Störungen, Syndrome, unklaren Hörbefund oder bilinguale Lebenskontexte. Die Kinder wurden minimal in der 25. und maximal in der 34. Schwangerschaftswoche geboren (durchschnittliches Gestationsalter: 30.46 Wochen) und hatten ein Geburtsgewicht von minimal 390 g und maximal 2590 g (durchschnittliches Geburtsgewicht: 1342 g). Im SETK-2 lagen alle Leistungen im Durchschnittsbereich mit Ausnahme des Untertests zur Satzproduktion. Bei der Produktion von Zweiwortkombinationen kam es zu leichten Verzögerungen, während die Realisierung erster Wörter mit dem Zeitpunkt termingeborener Kinder vergleichbar war. Das Gestationsalter sowie das Geburtsgewicht korrelierten außerdem nicht signifikant mit dem Abschneiden im SETK-2, sodass davon ausgegangen werden kann, dass Frühgeburtlichkeit und ein niedriges Geburtsgewicht nicht zwangsläufig zu einer verzögerten oder auffälligen Sprachentwicklung führen müssen. Unterstützt werden diese Forschungsergebnisse durch Bishop (1997) sowie Tomblin (1996) und Tomblin et al. (1997b).

In einer Untersuchung von Stanton-Chapman, Chapman, Bainbridge und Scott (2002) erwies sich hingegen ein Geburtsgewicht von unter 1500 g als einer der bedeutendsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung im Alter von sechs bis sieben Jahren.

Die Forschungsgruppe um Tomblin et al. (1997b) untersuchte im Bereich der perinatalen Faktoren neben dem Geburtsgewicht folgende mögliche Einflussfaktoren: Kaiserschnitt, Einsatz der Geburtszange, Dauer der Geburtswehen, Einleitung der Geburtswehen, Komplikationen, Stillen sowie die Dauer des Stillens. Bei keinem der genannten Faktoren wurden signifikante Zusammenhänge beobachtet, mit Ausnahme der Faktoren „Stillen“ und „Dauer des Stillens“. Kinder, die gestillt worden waren, hatten ein geringeres Risiko für die Ausbildung von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. Während eine Dauer von weniger als drei Monaten das Risiko nicht minderte, waren Kinder, die mindestens neun Monate gestillt worden waren, seltener von umschriebenen

Sprachentwicklungsstörungen betroffen. Die Bedeutsamkeit des Stillens wird ebenfalls von Vestergaard, Obel, Henriksen, Sørensen und Østergaard (1999) nachgewiesen. Je länger die Kinder gestillt worden waren, desto früher erreichten sie die Stufe des variierenden Lallens (polysyllable). Bei einer aktuellen Studie von Whitehouse, Robinson, Li und Oddy (2011) wiesen Kinder, die zwischen vier und sechs Monate oder mehr als sechs Monate gestillt worden waren im Alter von zehn Jahren einen größeren rezeptiven Wortschatz auf als Kinder, die weniger als vier Monate bzw. gar nicht gestillt worden waren. Kinder, die weniger als vier Monate gestillt worden waren, schnitten in dem rezeptiven Wortschatztest besser ab als Kinder, die gar nicht gestillt worden waren. Ein frühes Stillen über einen Zeitraum von mindestens vier bis sechs Monaten wirkt sich somit nachhaltig auf die sprachliche Entwicklung bis ins späte Grundschulalter aus.

Postnatale Faktoren

Hinweise für den Zusammenhang zwischen einem niedrigen Apgar-Wert und der Entstehung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen liefern Stanton-Chapman et al. (2002). Neben dem bereits aufgeführten niedrigen Geburtsgewicht war ein Apgar-Wert von mindestens sieben ein entscheidender Prädiktor für die sprachliche Entwicklung. Kinder mit einem Apgar-Wert von kleiner/gleich sechs waren nahezu doppelt so häufig von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen betroffen wie Kinder mit einem Wert von mindestens sieben. Bishop (1997) stellte hingegen keine Unterschiede im Apgar-Wert zwischen Zwillingen mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen und sprachgesunden Zwillingen fest.

Gene

Eine genetische Prädisposition gilt heute als Hauptverursachungsfaktor für die Entstehung von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. Die Dominanz von Sprachentwicklungsstörungen beim männlichen Geschlecht unterstützt die Annahme einer genetischen Komponente. Shaywitz et al. (1995) untersuchten die Aktivierung von Sprachzentren bei Frauen und Männern. Phonologische Aufgabenstellungen führten bei Männern zu einer Aktivierung der linken unteren Stirnwindung, wohingegen bei Frauen sowohl das rechte als auch das linke Stirnhirn aktiviert wurden. Die Sprachverarbeitung läuft bei Männern und Frauen somit unterschiedlich ab.

Im angloamerikanischen Sprachraum existieren drei bekannte Zwillingsstudien (vgl. Bishop, North, Donlan 1995; Lewis & Thompson 1992; Tomblin, Buckwalter & Paula 1998). Bishop (2001) stellte die Ergebnisse dieser Zwillingsstudien in folgender Tabelle zusammen:

Tabelle 5 *Konkordanz-Rate bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (Bishop 2001, S. 370)*

	Eineiige Zwillinge	Zweieiige Zwillinge
Lewis & Thompson 1992	0.86	0.48
Bishop et al. 1995	0.70	0.46
Tomblin & Buckwalter 1998	0.96	0.69

Wie anhand der Tabelle zu erkennen ist, ist die Konkordanz-Rate bei eineiigen Zwillingen fast doppelt so hoch wie bei zweieiigen Zwillingen. Erhöht ist bei eineiigen Zwillingen ebenfalls die Übereinstimmung im Phänotyp der Sprachstörung, womit die Annahme einer genetischen Prädisposition bestätigt wird (vgl. Suchodoletz 2003).

In einer Übersichtsarbeit zu familiären Häufungen von Sprachentwicklungsstörungen fand Stromswold (1998) eine Prävalenzrate von durchschnittlich 46 % in SSES-Familien, während es in der Kontrollgruppe nur 18 % waren. Auch von Suchodoletz (2003) geht davon aus, dass bei ca. 40 % der spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kinder in der näheren Verwandtschaft weitere sprachentwicklungsgestörte Personen existieren. Kinder in belasteten Familien bilden zwei- bis siebenmal häufiger Sprachentwicklungsstörungen aus als Kinder aus unbelasteten Familien.

Felsenfeld und Plomin (1997) untersuchten anhand einer Studie mit adoptierten bzw. nicht adoptierten Kindern die Prävalenzraten an Sprachentwicklungsstörungen. Bei der Gruppe der adoptierten Kinder hatten 16 Kinder einen biologischen Elternteil mit Sprechstörungen (biologisches Risiko) und 19 Kinder einen Adoptivelternteil mit Sprechstörungen (Umgebungsrisiko). In der Gruppe nicht adoptierter Kinder hatten 31 Kinder einen Elternteil mit einer Sprechstörung (Doppelt-Risiko-Gruppe) und 90 Kinder sprachlich gesunde Eltern (Nicht-Risiko-Gruppe). Kinder mit belasteten Elternteilen waren mit einem Anteil von 25 % deutlich häufiger im Alter von sieben Jahren von Sprech- oder Sprachstörungen betroffen als biologisch unbelastete Kinder, die in 9 % der Fälle Sprech- oder Sprachstörungen entwickelten.

Seit Ende der 90er-Jahre wird vor allem das Forkhead-Box-Protein P2 (FOXP2)-Gen, auch „Sprachgen“, fokussiert, das sich auf dem q-Arm von Chromosom 7 (7q31) befindet (vgl. Fisher, Vargha-Khadem, Watkins, Monaco & Pembrey 1998; Vernes et

al. 2008). Die Studien von Vernes et al. (2008) und Lai et al. (2000) bestätigen dieses Chromosom. Das SLI-Consortium fand hingegen Zusammenhänge zwischen den Genorten 16q und 19q mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (vgl. The SLI-Consortium 2002) und Barlett et al. (2002) im gleichen Jahr Zusammenhänge neben dem 2p22- und 17q23-Gen vor allem mit dem 13q21-Gen. Neben den genannten Genorten werden Genorte auf den Chromosomen 2, 6 und 13 diskutiert (vgl. Suchodoletz 2003). Weder in der Studie von Vernes et al. (2008) noch in der Studie vom SLI-Consortium (2002) oder in der Studie von Barlett et al. (2002) wurden übereinstimmende Genorte identifiziert, sodass davon auszugehen ist, dass Sprache über Gene auf verschiedenen Chromosomen vermittelt wird (vgl. Suchodoletz 2003).

Fazit

Familienaggregationsstudien, Zwillingsstudien, Adoptionsstudien und molekulargenetische Untersuchungen erlauben es, genetische Prädispositionen als Hauptverursachungsfaktor für spezifische Sprachentwicklungsstörungen anzunehmen. Weitere biologische Risikofaktoren konnten in den Studien nicht identifiziert werden. Dies ist u. a. der Tatsache geschuldet, dass verschiedene biologische Risikofaktoren Einschränkungen im neurologischen, kognitiven und motorischen Bereich nach sich ziehen können, sodass Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung nicht mehr primär, sondern sekundär aus den genannten Einschränkungen resultieren. Weiterhin besteht eine enge Verwobenheit zwischen biologischen und psychosozialen Risiken.

2.1.2.6.3 Externale Risikofaktoren

Psychosoziale Risiken

Bildungsniveau der Eltern: Einige Studien zeigen eine Beeinflussung der sprachlichen Entwicklung durch das Bildungsniveau der Eltern (vgl. Horwitz et al. 2003; Letts, Edwards, Sinka, Schaefer & Gibbons 2013; Reilly et al. 2010; Sachse & Suchodoletz 2009; Stanton-Chapman et al. 2002; Tomblin et al. 1997a; Tomblin et al. 1997b; Tomblin, Hardy & Hein 1991). Tomblin et al. (1997a) stellten als erste Forschungsgruppe anhand einer Untersuchung mit Kindergartenkindern und deren Eltern einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand der Eltern und dem Vorhandensein

von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen fest. Sachse und Suchodoletz (2009) zeigten in ihrer Untersuchung auf, dass neben dem Sprachverständnis, dem nonverbalen Entwicklungsstand und externalisierenden Verhaltensweisen der elterliche Bildungsstand die Sprachentwicklung von Late Talkern bestimmt. Je niedriger die Schulbildung der Mutter war, desto größer war die Wahrscheinlichkeit, dass ein Late Talker im Alter von drei Jahren eine Sprachentwicklungsstörung ausbildete (vgl. Sachse & Suchodoletz 2009). Die Bedeutsamkeit des mütterlichen Bildungsstandes für die sprachliche Entwicklung bis zum Alter von sechs bis sieben Jahren wird ebenfalls durch Untersuchungen von Stanton-Chapman et al. (2002) belegt. Tomblin et al. (1991) beobachteten, dass Kinder von bildungsferneren Vätern im Alter zwischen 30 Monaten und fünf Jahren häufiger von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen betroffen sind. Botting, Faragher, Simkin, Knox und Conti-Ramsden (2001) setzten sich mit dem Entwicklungsverlauf von spezifisch sprachgestörten Kindern im Zeitraum von sieben bis elf Jahren auseinander. Als einflussreichste Faktoren offenbarten sich die Erzähl- und expressiven syntaktischen Fähigkeiten, nicht aber demografische Faktoren wie der mütterliche Bildungsstand oder das Familieneinkommen. Dale, Price, Bishop und Plomin (2003) extrahierten Prädiktoren für die sprachliche Entwicklung von Late Talkern im Alter von drei und vier Jahren. Dem elterlichen Bildungsstand kommt nach Ergebnissen dieser Untersuchung keine Bedeutsamkeit für die Vorhersage der sprachlichen Entwicklung zu.

Familieneinkommen: Verschiedene Studien belegen, dass das Familieneinkommen für die sprachliche Entwicklung keine Rolle spielt (vgl. Botting et al. 2001; LaParo, Justice, Skibbe & Pianta 2004). Horwitz et al. (2003) zeigten jedoch, dass expressive sprachliche Verzögerungen im Alter zwischen 18 und 23 Monaten häufiger bei in Armut lebenden Kindern auftauchen bzw. bei Kindern, die an der Armutsgrenze aufwachsen.

Unvollständige Elternschaft: Bei Stanton-Chapman et al. (2002) ging eine unvollständige Elternschaft mit einem erhöhten Risiko zur Ausbildung spezifischer Sprachentwicklungsstörungen einher. Bei Wurst (1992) zeigten Schulanfänger von zusammenlebenden Eltern signifikant bessere sprachliche Fähigkeiten als Kinder alleinerziehender Eltern (vgl. S. 78 f.).

Frühe/späte Elternschaft: Stanton-Chapman et al. (2002) untersuchten die Häufigkeit umschriebener Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern von Müttern, die unter 18 Jahren schwanger wurden, und bei Kindern von Müttern, die zwischen 18 und 35 Jahren schwanger wurden. In der erstgenannten Gruppe zeigten Kinder 1.6-mal häufiger eine

Sprachentwicklungsstörung als in der Gruppe der Kinder von Müttern mit einem Schwangerschaftsalter von 18 Jahren bis 35 Jahren. Delgado und Vagi (2004) differenzierten zwischen einem Alter von maximal 35 Jahren und mehr als 35 Jahren. Das Risiko zur Ausbildung einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung war bei Kindern von Müttern über 35 Jahren 1.3-mal höher als bei Müttern unter 35 Jahren.

Position in der Geschwisterreihe: Verschiedene Studien belegen, dass Unterschiede in der sprachlichen Entwicklung zwischen erst- und später geborenen Kindern existieren. Hoff-Ginsberg (1998) verglich die sprachlichen Fähigkeiten und die Mutter-Kind-Interaktion von erstgeborenen und später geborenen Kindern. Sie deckte sowohl Unterschiede im Bereich der sprachlichen Fähigkeiten als auch in der Mutter-Kind-Interaktion auf. Erstgeborene bewiesen bessere lexikalische und grammatische Fähigkeiten, während später geborene Kinder im Bereich der Gesprächsführung bessere Leistungen erzielten. Bei Pine (1995) erreichten die erstgeborenen Kinder die ersten 50 Wörter früher als die später geborenen Kinder, wohingegen die 100 Wörter gleichzeitig erreicht wurden. Neben quantitativen Unterschieden wurden qualitative Unterschiede beobachtet. In den ersten 100 Wörtern hatten später geborene Kinder einen signifikant höheren Anteil an festen Formulierungen sowie in den ersten 50 sowie 100 Wörtern einen signifikant höheren Anteil an deiktischen Personalpronomen. Keine Unterschiede wurden in der Anzahl der Nomen festgestellt. Tomblin (1990) erforschte, ob sich die Position in der Geschwisterreihe auf die Häufigkeit von Sprachentwicklungsstörungen in der zweiten Klasse auswirkt. Erst- und später geborene Kinder fanden sich gleichermaßen in der Gruppe sprachgesunder wie sprachentwicklungsgestörter Kinder, sodass die Position in der Geschwisterreihe keinen Einfluss auf die Ausbildung von Sprachentwicklungsstörungen hatte. Gegenüber diesen negierenden Ergebnissen berichten Stanton-Chapman et al. (2002) von einem Zusammenhang zwischen der Position in der Geschwisterreihe und dem Auftreten von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. Kinder, die als drittes oder später geboren wurden, wiesen häufiger spezifische Sprachentwicklungsstörungen im Alter von sechs bis sieben Jahren auf. Bishop (1997) und Horwitz et al. (2003) zeigen auf, dass eine umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache häufiger bei Kindern mit einer höheren Geschwisteranzahl auftaucht. Tomblin (1990, 1996) weist darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen der Position in der Geschwisterreihe und der Ausbildung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen auf den Bildungsstand der Eltern und den sozioökonomischen Status zurückzuführen ist. Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status

neigten eher zu einer höheren Kinderanzahl als Familien mit hohem sozioökonomischen Status.

Psychiatrische Erkrankung der Eltern: Sohr-Preston und Scaramella (2006) betonen in ihrer Übersichtsarbeit die negativen Auswirkungen einer pränatalen, postnatalen oder chronischen Depression auf die sprachliche Entwicklung des Kindes. Beeinträchtigungen in dem elterlichen Wohlbefinden, wie sie bspw. bei Depressionen auftreten können, haben Auswirkungen auf das Interaktionsverhalten. Das Interaktionsverhalten depressiver Mütter ist von einer mangelnden Responsivität, Überstimulation, weniger positiven Emotionen sowie einem verminderten mimischen Ausdrucksverhalten gekennzeichnet (vgl. Petermann, Petermann & Damm 2008). Aufseiten des Kindes führt dies zu einem verstärkten Rückzugsverhalten sowie zu einer Vermeidung des Blickkontakts. Breznitz und Sherman (1987) verglichen die Sprachmuster von depressiven und nicht depressiven Müttern. Depressive Mütter vokalisiert seltener und griffen langsamer das Turn-Angebot ihres Kindes auf als gesunde Mütter. In einer Situation mittleren Stress (Warten auf den Arzt im Wartezimmer) steigerten die depressiven Mütter signifikant ihren Sprachanteil, nicht aber die gesunden Mütter. Die Kinder depressiver Mütter sprachen weniger als die Kinder gesunder Mütter, begrenzten die soziale Interaktion auf ein Minimum und waren in Stress-Situationen überkommunikativ. Kinder depressiver Mütter sind demnach anderen Sozialisationsbedingungen ausgesetzt als Kinder gesunder Mütter. LaParo et al. (2004) fanden heraus, dass mütterliche Depressionen einen signifikanten Einfluss auf die Aufrechterhaltung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter haben.

Mütterliche Sensitivität: Neben der mütterlichen Depression wird der mütterlichen Sensitivität im Bereich der psychosozialen Risikofaktoren ein enormer Einfluss zugesprochen (vgl. Neumann et al. 2009). In der Untersuchung von La Paro et al. (2004) erwiesen sich die mütterliche Sensitivität und Depressivität als signifikante Prädiktoren für die Entwicklung sprachlich auffälliger Dreijähriger bis zum Alter von 4;6 Jahren. Tamis-LeMonda, Bornstein und Baumwell (2001) stellten einen Zusammenhang zwischen dem Erreichen von Meilensteinen in der sprachlichen Entwicklung und der mütterlichen Sensitivität fest. Bei Kindern von sensiblen Müttern wurden die ersten Imitationen, 50 Wörter, Zweiwortkombinationen sowie das Sprechen über die Vergangenheit früher beobachtet als bei Müttern, die weniger sensibel mit ihrem Kind interagierten. Abarca, Lengning und Katz-Bernstein (2010) bestätigen ebenfalls den Zusammenhang von mangelnder Sensitivität und verschiedenen kommunikativen Kompetenzbereichen. Die Forschungsgruppe ermittelte signifikante Korrelationen zwischen dem erhobenen

mütterlichen Sensitivitätswert und dem Abschneiden im Entwicklungsprofil von Zollinger (2004). In den Bereichen „symbolische Kompetenzen“, „sozial-kommunikative Kompetenzen“ und „sprachliche Kompetenzen“ schnitten die Kinder von Müttern mit einem geringen mütterlichen Sensitivitätswert schlechter ab als Kinder von feinfühligem Müttern. Erklärung findet der Zusammenhang von mangelnder Sensitivität und kindlicher Sprachentwicklung im Konzept des „intuitive parentings“ oder der „intuitiven elterlichen Didaktik“ von Papousek und Papousek (1987). Das Ehepaar Papousek stellte fest, dass sich die Eltern intuitiv an das sprachliche Entwicklungsniveau des Kindes anpassen. Ausdruck findet diese Anpassung in der intuitiven Anwendung unterschiedlicher „Sprachlehrstrategien“. Als ein Merkmal der intuitiven elterlichen Didaktik zählt die „Feinfühligkeit“. Feinfühlig verfolgen und interpretieren die Mütter die kindlichen Signale und reagieren schnell und sensibel auf die sprachlichen und physischen Bedürfnisse des Kleinkindes. Eine mangelnde Sensitivität bedingt eine Fehlanpassung an die Bedürfnisse des Kindes, wodurch die sprachliche Entwicklung des Kindes nicht optimal unterstützt werden kann.

Im Bereich der psychosozialen Risiken erhöhen ein niedriger Bildungsstand, eine unvollständige Familie, eine Schwangerschaft vor 18 Jahren bzw. nach 35 Jahren sowie elterliche Depressionen das Risiko der Ausbildung spezifischer Sprachentwicklungsstörungen. Die Ergebnisse zur Einflussnahme des Familieneinkommens sind widersprüchlich. Was die Position in der Geschwisterreihe anbelangt, so gilt als gesichert, dass sich früh- und spätgeborene Kinder in ihrer sprachlichen Entwicklung unterscheiden, ob spätgeborene Kinder auch benachteiligt sind, wird widersprüchlich beantwortet. Insgesamt wird dieser Risikofaktor stark durch sozioökonomische Variablen beeinflusst.

Linguistische Qualität der Interaktion

Die mütterliche Sprachanregung wird als primäre Ursache für eine umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache seit Ende der 80er-Jahre ausgeschlossen (vgl. AWMF 2011; Grimm 2012; Kannengieser 2014). Dennoch darf die mütterliche Sprache nicht „getrost vergessen“ werden (Grimm 2012, S. 116 ff.). Grimm (1994) hebt hervor, dass Unterschiede in der linguistischen Qualität von Eltern sprachentwicklungsgestörter und sprachgesunder Kinder adaptiver Natur sind. Durch die Diagnose einer Sprachentwicklungsverzögerung bzw. -störung wählen die Eltern zur Anpassung an die mühsamen Sprachfortschritte ihres Kindes ein Sprachmodell, das dem von Müttern jüngerer sprachgesunder Kinder entspricht. Die Sprachlehrstrategien unterscheiden

sich nicht, allerdings stellte Grimm (2012) eine signifikante Reduzierung im Einsatz der Sprachlehrstrategien fest, wodurch dem Kind schlechtere Voraussetzungen für den folgenden Grammatikerwerb gegeben werden (vgl. S. 116 ff.). Neben den dargestellten linguistischen Anpassungsleistungen beobachtete Grimm (2012) eine Reduzierung der kognitiven und diskursiven Qualität, obwohl sich die diskursiven und kognitiven Fähigkeiten von sprachgesunden und sprachentwicklungsgestörten Kindern nicht unterscheiden. Durch eine Reduzierung in den beiden genannten Bereichen werden die sprachentwicklungsgestörten Kinder nicht entwicklungsangemessen gefördert, wodurch die Gefahr der Ausbildung eines „kumulativen Fähigkeitsdefizits“ besteht. Der Wunsch nach Fortschritten in der sprachlichen Entwicklung des Kindes lässt die Eltern die dialogische und kognitive Förderung ihres Kindes vergessen (vgl. Grimm 2012, S. 116 ff.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Veränderungen in der mütterlichen Sprachanregung adaptiver Natur sind und erst nach der Diagnosestellung zu beobachten sind.

Elterliches Verhalten

Wulbert, Inglis und Kriegsmann (1975) deckten beim Vergleich des Verhaltens von Eltern mit SSES-Kindern und Eltern mit sprachgesunden Kindern entscheidende Unterschiede auf. Mütter sprachgesunder Kinder sprachen häufig sehr positiv über ihr Kind, während sich Mütter sprachbehinderter Kinder eher kritisch vor anderen über ihr Kind äußerten. Auch liebkosten Mütter sprachgesunder Kinder ihr Kind häufiger und spiegelten ihm in der Interaktion häufiger Wärme und Akzeptanz. Weiterhin neigten Mütter sprachbehinderter Kinder eher dazu, bei einem Vergehen das Kind anzuschreien, zu drohen oder einen „Klaps“ auf den Hintern zu verteilen. Mütter sprachgesunder Kinder verhandelten hingegen eher mit ihrem Kind. Den größten Unterschied stellte die Forschungsgruppe bei der mütterlichen Beteiligung bzw. dem mütterlichen Engagement in der Interaktion fest. Mütter sprachbehinderter Kinder kümmerten sich zwar um die Befriedigung der physischen Bedürfnisse des Kindes, interagierten sonst aber kaum mit ihrem Kind. Mütter sprachlich unauffälliger Kinder verbrachten demgegenüber mehr Zeit im gemeinsamen Spiel und motivierten ihr Kind immer wieder zum Erlernen neuer Sachen. Sie waren stolz auf die Leistungen ihres Kindes und begleiteten mit Freude die Entwicklung (vgl. Wulbert et al. 1975). Der sozioökonomische Status hatte dabei keinen Einfluss auf das mütterliche Verhalten. Die Forschungsgruppe untersuchte zusätzlich die Interaktion von Müttern und deren Kindern, die von einem Down-Syndrom

betroffen waren. Überraschenderweise wurden keine Unterschiede in den genannten Bereichen zwischen Müttern normal entwickelter Kinder und Müttern von Down-Syndrom-Kindern beobachtet. Es kann vermutet werden, dass es Müttern von Down-Syndrom-Kindern besser gelingt, eine Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, da von Geburt an eine Verarbeitung der Behinderung stattfinden kann. Eltern sprachbehinderter Kinder müssen demgegenüber zu einem späteren Zeitpunkt in der Entwicklung die Behinderung ihres Kindes annehmen, verarbeiten und sich an die unvorhergesehenen neuen Umstände anpassen (vgl. Dannenbauer 2001).

Scheffner-Hammer, Tomblin, Zhang und Weiss (2001) verglichen das Verhalten von Eltern, deren Kinder von einer SSES betroffen waren, und Eltern sprachgesunder Kinder im Kindergartenalter. Die Forschungsgruppe fand heraus, dass Eltern sprachgesunder Kinder häufiger ihren Kindern vorlasen, ihnen Geschichten erzählten sowie Ereignisse, Aktivitäten und Gefühle diskutierten. Eltern von sprachentwicklungsgestörten Kindern neigten häufiger zu einer Unterrichtung in schulischen Fertigkeiten (Alphabet) und zu Disziplinierungsmaßnahmen. Die Forschungsgruppe erklärte diese Unterschiede mit den Anpassungsleistungen der Eltern an die Fähigkeiten ihrer sprachentwicklungsgestörten Kinder. Sie vermieden schwierige Situationen, wie bspw. Gespräche, zur Kompensierung der kindlichen Sprachbehinderung und wählten eher Aktivitäten, die sie persönlich als wichtig erachteten und weniger linguistisch ausgerichtet waren. Die häufigeren Disziplinierungsmaßnahmen führten Scheffner-Hammer et al. (2001) auf das mangelnde Verständnis von Anweisungen oder Begründungen aufseiten des sprachbehinderten Kindes zurück.

Die Diagnose einer Sprachentwicklungsverzögerung oder einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung kann sich, nach den aufgeführten Studien, auf das elterliche Verhalten auswirken und Anpassungsleistungen evozieren, welche die sprachliche Entwicklung womöglich eher hemmen als fördern.

2.1.2.6.4 Internale Risikofaktoren

Phonologisches Arbeitsgedächtnis

In zahlreichen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen der Leistungsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses und dem frühen Wortschatzerwerb, den grammatischen Fähigkeiten sowie dem Lese- und Rechtschreiberwerb nachgewiesen (vgl. Gathercole & Baddeley 1993; S. 131 ff.; Hasselhorn & Werner 2000, S. 363 ff.). Auffälligkeiten im phonologischen Arbeitsgedächtnis gelten heute als ein Hauptmerkmal von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (vgl. Kannengieser 2014, S. 192). Gathercole und Baddeley (1990) verglichen die Leistungen von sechs SSES-Kindern mit einer Kontrollgruppe von Kindern mit vergleichbarer Intelligenz und einer Kontrollgruppe, bestehend aus Kindern mit vergleichbarem Sprachentwicklungsstand (Durchschnittsalter: 8;6 Jahre). Bei der Wiedergabe von einzelnen Pseudowörtern und Wortlisten schnitten die SSES-Kinder schlechter ab als die Kinder mit sprachparallelierten Fähigkeiten. Außerdem beobachteten die Autoren eine Sensitivität der sprachentwicklungsgestörten Kinder gegenüber den Faktoren „phonologische Ähnlichkeit“ und „Wortlänge“, wobei dies nicht auf die fünf- und sechssilbigen Wörter zutraf. Zusammenfassend halten die Autoren als Ergebnis ihrer Studie fest, dass Defizite im phonetischen Speicher eine zentrale Rolle bei der Verursachung von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen spielen (vgl. Gathercole & Baddeley 1990).

Spohn, Spohn und Schöler (1998) verglichen die Gedächtnisleistungen sprachlich auffälliger Vorschulkinder mit einer sprachleistungsparallelisierten, jüngeren Gruppe anhand eines Tests zum Nachsprechen von Kunstwörtern und dreier Gedächtnisspannungsaufgaben (Reproduktion von Zahlen-, Wort- und Kunstwort-Folgen). Während sich die Ergebnisse von Gathercole und Baddeley (1990) zum Nachsprechen von Pseudowörtern replizieren ließen, galt das für die Reproduktion von Wortfolgen nicht. In diesem Test und im Test zur Wiedergabe von Zahlenfolgen schnitten die SSES-Kinder sogar signifikant besser ab als die sprachgesunden Kinder. Bei der Wiedergabe von Kunstwort-Folgen stellten sich hingegen keine signifikanten Gruppenunterschiede ein. Die Autorengruppe erklärt das bessere Abschneiden der SSES-Kinder im Wortfolge- und Zahlenfolge-Test mit dem höheren Alter der SSES-Kinder. Spohn et al. (1998) resümieren, dass SSES-Kinder somit vor allem von Störungen in der Informationsaufnahme und Informationsverarbeitung im phonetischen Speicher betroffen sind, während der artikulatorische Rehearsalprozess intakt zu sein scheint.

Auch in einer Untersuchung von Suchodoletz, Alberti und Berwanger (2004) stellten sich im Untertest „Kunstwörter“ signifikante Unterschiede zuungunsten der sieben- bis elfjährigen SSES-Kinder ein. Im Gegensatz zu Spohn et al. (1998) wurden signifikante Unterschiede darüber hinaus im Untertest „Zahlenfolgen“ nachgewiesen, sodass nach diesen Ergebnissen bei SSES-Kindern nicht nur Defizite im phonetischen Speicher, sondern ebenfalls im Rehearsal vorliegen.

Grimm (2012) deckte ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen achtjährigen SSES-Kindern und altersgleichen sprachgesunden Kindern beim Nachsprechen von Zahlenfolgen auf, sowohl vorwärts, als auch rückwärts (vgl. S. 125 f.). Daneben beobachtete sie wie Gathercole und Baddeley (1990) signifikante Unterschiede bei der Wiedergabe von Wortfolgen. Nach den Ergebnissen von Grimm (2012) sind sprachbehinderte Kinder sowohl von Defiziten im phonetischen Speicher als auch im Rehearsal betroffen.

Rau (2002 zit. n. Grimm 2012, S. 126) untersuchte wie Spohn et al. (1998) Vorschulkinder im Alter von 4;11 bis 5;9 Jahren in Bezug auf ihre Gedächtnisspanne für Wortfolgen. Dabei verglich sie die Leistungen von SSES-Kindern und einer nach Alter und Geschlecht parallelisierten Kontrollgruppe. Auch sie deckte, im Gegensatz zu Spohn et al. (1998), signifikant schlechtere Leistungen bei den sprachentwicklungsgestörten Kindern auf (vgl. Rau 2002 zit. n. Grimm 2012, S. 126).

Als eine Ursache für die schlechteren Leistungen der phonologischen Schleife (phonetischer Speicher und Rehearsal) kann die geringere Sprechgeschwindigkeit gesehen werden. Janczyk, Schöler und Grabowski (2004) wiesen bei SSES-Kindern eine signifikant geringere Sprechgeschwindigkeit nach. Eine längere Artikulationsdauer beeinflusst sowohl die Anzahl der Einheiten, die im phonetischen Speicher als auch derjenigen, die im Rehearsal aufrechterhalten werden können (vgl. Meyer 2010, S. 38). Hasselhorn und Marx (2000, S. 144) sowie Gathercole und Baddeley (1990) fanden hingegen keine Hinweise auf eine signifikant geringere Sprechgeschwindigkeit von sprachentwicklungsgestörten Kindern. Eine weitere Vermutung ist, dass bei den sprachentwicklungsgestörten Kindern prinzipiell die Kapazität des phonetischen Speichers und Rehearsals beeinträchtigt ist, weshalb sie weniger Einheiten speichern können (vgl. Janczyk et al. 2004). Hasselhorn und Grube (2003) fanden keine Hinweise auf eine geringere Kapazität des phonetischen Speichers bei SSES-Kindern.

Ursächlich für die Qualitätsdefizite (ermittelt über das Nachsprechen von Pseudowörtern) können neben der Sprechgeschwindigkeit und Speicherkapazität die Diskriminierungsdefizite sein (vgl. Hachul & Schönauer-Schneider 2012, S. 16). Suchodoletz et

al. (2004) überprüften die Lautdifferenzierungsfähigkeit von sieben- bis elfjährigen sprachgesunden und sprachentwicklungsgestörten Kindern mithilfe von Wörtern, die sich nur in einem Laut unterschieden. Dabei stellten die Autoren in einigen Aufgaben signifikante Unterschiede im Vergleich zur Kontrollgruppe fest. Gathercole und Baddeley (1990) fanden hingegen bei der Diskriminierungsfähigkeit von Wortpaaren keine Unterschiede zwischen den Kontrollgruppen und der Gruppe sprachentwicklungsgestörter Kinder. Störungen in der Diskriminierungsfähigkeit wirken sich entweder auf den Verarbeitungsprozess des phonetischen Speichers aus und/oder führen zu einer fehlerhaften Verarbeitung des auditiven Inputs vor der Ankunft im Speicher.

Andere Autoren sehen die Störungen im phonologischen Arbeitsgedächtnis eher als Folge von Sprachentwicklungsstörungen (vgl. Suchodoletz et al. 2004). Glück (2003) weist darauf hin, dass sich die Artikulationsgeschwindigkeit auf die Gedächtnisspanne auswirkt, wodurch Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen benachteiligt sind (vgl. S. 175 f.). Nach Hachul und Schönauer-Schneider (2012) können Unterschiede beim Nachsprechen von Pseudowörtern auf einen geringeren Wortschatzumfang der sprachentwicklungsgestörten Kinder zurückgeführt werden. Pseudowörter werden besser gespeichert und wiedergegeben, wenn im mentalen Lexikon eine „ähnliche Wortform mit ähnlichen lautlichen und prosodischen Mustern“ vorliegt (S. 16).

Auditive Verarbeitung und Wahrnehmung⁷

Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen werden als Ursache für eine SSES häufig diskutiert (vgl. Kany & Schöler 2014). Nach Kany und Schöler (2014) ist eine auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung in Anbetracht der „Vielfalt der beteiligten Funktionen, Strukturen und Prozesse[n] [...] diagnostisch wenig aussagekräftig [...]. Für eine SSES werden vielmehr spezifischere Störungen der auditiven Wahrnehmung als ursächlich angenommen (Kany & Schöler 2014, S. 104)“. Im Folgenden wird auf die Teilbereiche „auditive Aufmerksamkeit“, „Diskrimination“ und „Zeitverarbeitung“ der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung eingegangen.

⁷ Während manche Autoren begrifflich zwischen auditiver Verarbeitung und auditiver Wahrnehmung differenzieren, verwenden andere den Begriff der auditiven Wahrnehmung als Oberbegriff (vgl. Kannengieser 2009, S. 329). Wird zwischen den Begrifflichkeiten unterschieden, umfasst „auditive Verarbeitung“ den „im engeren Sinn sensorischen Prozess der Erfassung, Weiterleitung und Vorverarbeitung des Signals, während auditive Wahrnehmung [den] ausschließlich kortikalen Prozess der Analyse und der bewussten Informationsentnahmen umfasst“ (Kannengieser 2009, S. 329). In Tabelle A. 2 sind die Teilfunktionen der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung dargestellt.

Auditive Aufmerksamkeit: Noterdaeme, Sitter, Mildenberger und Amorosa (2000) untersuchten die Aufmerksamkeitsleistungen von 52 sprachentwicklungsgestörten und 52 sprachgesunden altersgleichen Kindern. Als Testverfahren setzten die Autoren die Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung ein. Als Ergebnis hält die Forschungsgruppe fest, dass die sprachentwicklungsgestörten Kinder deutlich mehr Schwierigkeiten in der Bearbeitung der Aufgaben hatten als die sprachgesunde Kontrollgruppe.

Diskrimination: Suchodoletz et al. (2004) untersuchten die auditive Wahrnehmung von sprachentwicklungsgestörten Kindern im Alter von sieben bis elf Jahren. Bei keinem der eingesetzten nonverbalen Tests wurden signifikante Unterschiede gefunden (Tonhöhendifferenzierung, Lautstärkendifferenzierung, Mustererkennen, Erkennen von Tondauerunterschieden, Geräuscherkennen). In Tests mit sensibilisierter Sprache unterschieden sich sprachentwicklungsgestörte Kinder nur bei der Identifikation von frequenzreduzierter Sprache und im Test zur binauralen Summation signifikant von sprachgesunden Kindern. Weiterhin beobachtete die Forschungsgruppe in einzelnen Aufgaben zur Lautdifferenzierungsfähigkeit signifikante Unterschiede. Die Sprachleistungen korrelierten außerdem mit der Lautdifferenzierungsfähigkeit. Da nonverbale akustische Signale gut differenziert werden können, betonen Suchodoletz et al. (2004), diese Ergebnisse nicht als Beleg für auditive Wahrnehmungsstörungen zu interpretieren, sondern als Ausdruck einer sprachspezifischen Schwäche zu sehen.

McArthur, Ellis, Atkinson und Coltheart (2008) setzten sich ebenfalls mit der auditiven Wahrnehmung von sprachentwicklungsgestörten Kindern auseinander. Ihre Probandengruppe bestand aus 65 Kindern mit Lese-Rechtschreib-Störungen (LRS), 25 SSES-Kindern und 37 altersgleichen sprachgesunden Kindern. In der SSES-Gruppe präsentierten 44 % unterdurchschnittliche Leistungen in der Frequenz-Diskrimination, 29 % bei der Lautdifferenzierung und 24 % bei der Silbendifferenzierung. Nur 8 % der SSES-Kinder zeigten Defizite bei der sequenziellen auditiven Analyse (vgl. McArthur et al. 2008). Zu signifikanten Gruppenunterschieden zwischen Kindern mit Auffälligkeiten (LRS oder SSES) und ohne Auffälligkeiten kam es bei der Frequenzdiskrimination und der sequenziellen auditiven Analyse. Keine signifikanten Unterschiede wurden hingegen bei der Laut- und bei der Silbendifferenzierung beobachtet. McArthur et al. (2008) untersuchten außerdem den Effekt eines Trainings über sechs Wochen. Auch wenn sich die Leistungen in den trainierten Bereichen verbessert hatten, wurden keine Transfereffekte auf die Sprachentwicklung oder die Lese-Rechtschreib-Leistungen beobachtet.

Zeitliches Verarbeitungsdefizit: In einigen Untersuchungen wurden Schwächen sprachentwicklungsgestörter Kinder in der Differenzierung schnell aufeinanderfolgender Töne oder Laute deutlich (vgl. Suchodoletz 2009). Die Forschungsgruppe um Tallal vertritt die These eines „Input processing“-Defizits als mögliche Ursache für Sprachentwicklungsstörungen, wobei sprachentwicklungsgestörte Kinder nicht prinzipiell von einer auditiven Diskriminationsschwäche betroffen sind, sondern nur im Bereich der sequentiellen auditiven Analyse (vgl. Tallal & Piercy 1974; Suchodoletz 2009). Die Fähigkeiten im Bereich des „rapid auditory processing“ gelten nach Benasich und Tallal (2002) als „behavioral markers“ für umschriebene Sprachentwicklungsstörung und dienen im Alter von 7;6 Monaten als Prädiktor für die sprachliche Entwicklung bis zum Alter von 36 Monaten. Die durch Tallal und Piercy (1974) aufgedeckten Unterschiede wurden von Bishop, Carlyon, Deeks und Bishop (2000) nicht repliziert. Sie schreiben: „We found no evidence that auditory deficits are a necessary or sufficient cause of language impairments“ (S. 1295).

Tallal und Piercy (1973) stellten ebenfalls Auffälligkeiten im visuellen Bereich fest, allerdings waren die Defizite bei der zeitlichen Verarbeitung und Sequenzierung von visuellen Reizen im Schulalter nicht mehr nachweisbar (vgl. Tallal & Piercy 1973; Tallal, Stark, Kallman & Mellits 1981). „Whereas younger LI children were equally impaired when responding to stimuli presented rapidly to the auditory and visual modality, older LI subjects made nearly twice as many errors responding to rapidly presented auditory rather than visual stimuli“ (Tallal et al. 1981, S. 351).

Berwanger (2002) setzte sich in ihrer Promotionsarbeit mit der zeitlichen Diskriminierungsfähigkeit von Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung und/oder Leserechtschreib-Störung auseinander. Im Vergleich zur Kontrollgruppe fanden sich bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung wie auch bei Kindern mit einer Leserechtschreib-Störung im Alter von neun bis zehn Jahren erhöhte Werte im Bereich der Ordnungsschwelle, und zwar sowohl im auditiven als auch im visuellen Bereich (vgl. S. 81, S. 86). Der Gruppenunterschied bei der Ordnungsschwelle verschwand allerdings bei Einbezug der nonverbalen Intelligenz (vgl. S. 82). Die Fusionsschwelle war bei den sprachentwicklungsgestörten Kindern im auditiven, nicht aber im visuellen Bereich erhöht (vgl. S. 92, 95). Weiterhin fand Berwanger (2002) heraus, dass weder die Ordnungs- noch die Fusionsschwelle mit der phonologischen Bewusstheit in einem Zusammenhang steht (vgl. S. 106). Berwanger (2002) resümiert, dass sich „ein Zeitverarbeitungsdefizit als allgemein erklärendes Modell für Sprachentwicklungsstörungen [...] nicht stützen“ lässt (S. 135).

Johnston (1982) fand bei der Sichtung verschiedener Forschungsarbeiten Hinweise auf eine erhöhte Ordnungsschwelle von sprachentwicklungsgestörten Kindern (vgl. S. 781). Kegel (1997, S. 232) und Veit (1994, S. 171) unterstützen diese Beobachtung.

Prosodiedefizite

Weinert (1991) stellte fest, dass sich sprachgesunde Kinder rhythmisch-prosodisch gruppierte Wörter deutlich besser behalten können als sprachentwicklungsgestörte Kinder. Bei den sprachentwicklungsgestörten Kindern führte die Gruppierung eher zu mehr Schwierigkeiten in der Behaltensleistung (vgl. S. 201). Auch Spreer (2010) fand Hinweise auf Probleme bei der Verarbeitung und Verwendung prosodischer Zusatzinformationen (vgl. S. 261). Zimmer (1999) geht nach der Analyse verschiedener empirischer Studien davon aus, dass „Diskriminations- und Reproduktionsschwierigkeiten im rhythmischen und prosodischen Bereich auf eine Gruppe dysgrammatischer Kinder und bei dieser wiederum in unterschiedlichem Ausmaß zutreffen“ (S. 64). Weiterhin geht sie von einer Wechselwirkung zwischen Sprachentwicklungsstörungen und Prosodiedefiziten aus: „Ebenso wie Nutzungsdefizite von Prosodie das Erfassen und Erlernen sprachlicher Strukturen erschweren können, können sprachstrukturelle Defizite das Erkennen von prosodischen Hinweisen behindern“ (Zimmer 1999, S. 114).

Kognitive Faktoren

Symbolisierungsfähigkeit: In den 60er-, 70er- und 80er-Jahren wurde in zahlreichen Forschungsarbeiten die Spielentwicklung von sprachentwicklungsgestörten Kindern untersucht (siehe zur Übersicht Leonhard 1987, S. 23 ff.). Rescorla und Goossens (1992) verglichen die Spielentwicklung von 20 Kindern mit spezifischer Sprachentwicklungsstörung mit der von 20 sprachgesunden Kindern. Keine Unterschiede beobachteten die Autoren im Interesse an Spielgegenständen und Funktionsspiel. Allerdings spielten die SSES-Kinder weniger häufig dezentriert (andere Personen und Gegenstände werden in die Handlung involviert, z. B. Puppe ins Bett bringen), sequenziell (Nachspielen von Szenen) und symbolisch. Rescorla und Gossens (1992) führen drei mögliche Ursachen zur Erklärung der wahrgenommenen Unterschiede an. Erstens könnte es sein, dass sich sprachentwicklungsgestörte Kinder stilistisch in ihrem Spiel von sprachgesunden Kindern unterscheiden. Zweitens könnte eine Verzögerung in der Sym-

bolentwicklung oder drittens ein Defizit im Abruf der gespeicherten symbolischen Repräsentation die Unterschiede erklären.

Terell, Schwartz, Prelock und Messick (1984) untersuchten demgegenüber die Spielentwicklung von 15 sprachentwicklungsgestörten (32–49 Monate) und 15 parallelisierten sprachgesunden Kindern (16–22 Monate). Alle Kinder produzierten zum Zeitpunkt der Untersuchung Einwortäußerungen. Die sprachentwicklungsgestörten Kinder zeigten sich im Symbolspiel fortgeschrittener als die sprachgesunde Kontrollgruppe. Vergleich man die Leistungen der sprachentwicklungsgestörten Kinder allerdings mit den Normdaten der Altersgruppe, so zeigten sich große Defizite in der Gruppe sprachentwicklungsgestörter Kinder.

Defizite in der Hypothesenbildung und -prüfung: Stone und Michals (1986) kommen in ihrer Übersichtsarbeit zum Schluss, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder Probleme in der Hypothesenbildung und -prüfung haben. Nach Grimm (2012) halten sprachentwicklungsgestörte Kinder trotz des Einsatzes von Sprachlehrstrategien an ihren sprachlichen Realisierungen fest. Darüber hinaus nutzen sie neu erworbenes Wissen nicht zur Reorganisation von vorhandenen Strukturen (vgl. S. 128). Stagnationen im Spracherwerb können die Folge sein, da die Kinder den mütterlichen Input und die von den Müttern angebotenen Modellierungstechniken nicht nutzen, um Fehler auf verschiedenen Sprachebenen zu korrigieren.

Geringe Nutzung der Bootstrapping-Strategien und Constraints: Rice, Cleave und Oetting (2000) verglichen die Nutzung des syntaktischen Bootstrapping von sprachentwicklungsgestörten Kindern im Alter von fünf Jahren mit einer Gruppe altersgleicher Kinder und einer Gruppe von Kindern mit ähnlichem Sprachentwicklungsstand. Die Autoren stellten fest, dass nur die sprachgesunden fünfjährigen Kinder das syntaktische Bootstrapping nutzten. In einer zweiten Untersuchung verglichen Rice et al. (2000) die Leistungen von sprachgesunden und sprachgestörten Kindern im Alter von sieben Jahren. Bei beiden Gruppen wurde ein kontinuierlicher Anstieg in der Nutzung des syntaktischen Bootstrapping beobachtet.

Unzureichende und ineffektive Nutzung der ganzheitlichen Sprachverarbeitungsstrategie: Grimm und Kaltenbacher (1982) setzten sich mit der Sprachverarbeitung von sprachentwicklungsgestörten Kindern auseinander. Sie beschrieben die Sprache sprachentwicklungsgestörter Kinder durch die folgenden drei Aussagen:

- „Der Spracherwerb erfolgt bei den dysphasischen Kindern wie bei den Kindern ohne Sprachprobleme durch einen aktiven Konstruktionsprozess.“

- „Dieser konstruktive Prozess funktioniert bei den dysphasischen Kindern jedoch nicht in derselben Weise.“
- „Die bestehenden Unterschiede verweisen darauf, daß [*sic*] dysphasische Kinder spezifische Beeinträchtigungen haben, die über die Grammatik hinausweisen.“ (S.104)

Belegt wird die erste Aussage durch die Feststellung, dass sowohl im Grammatikerwerb sprachentwicklungsgestörter Kinder als auch im Grammatikerwerb sprachgesunder Kinder Übergeneralisierungen zu beobachten sind (vgl. Grimm & Kaltenbacher 1982, S. 104). Im Gegensatz zu sprachgesunden Kindern ist das Sprachsystem sprachentwicklungsgestörter Kinder allerdings durch eine „mangelnde Flexibilität“, eine „schwerfällige Veränderbarkeit“ und eine „geringere Verfügbarkeit“ gekennzeichnet, weshalb einmal falsch erworbene Strukturen von sprachentwicklungsgestörten Kindern länger aufrechterhalten werden und die Sprachmodelle der Umgebung nicht ausreichend zur Ausdifferenzierung und Umstrukturierung des Sprachsystems genutzt werden (vgl. Grimm & Kaltenbacher 1982, S. 105). Zuletzt stellten Grimm und Kaltenbacher (1982) fest, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder nicht zusätzlich in der kognitiven Entwicklung beeinträchtigt sind. Die sprachliche Entwicklung verläuft im Vergleich zur kognitiven Entwicklung allerdings deutlich verzögert, weshalb Sachverhalte zwar von den Kindern richtig erfasst werden können, jedoch anschließend nicht in altersentsprechend korrekte semantische und syntaktische Relationen übersetzt werden können (vgl. S. 107). Folgende Unterschiede hält Grimm (2012) fest, wobei sie insbesondere auf Aussage zwei aus dem Jahr 1982 zu sprechen kommt:

- Sprachgesunde Kinder reagieren häufiger auf das mütterliche Sprachangebot und nutzen vorwiegend die ganzheitliche Strategie. Sie imitieren die mütterlichen Äußerungen vollständig oder modifizieren und nutzen das mütterliche Sprachangebot aktiv und konstruktiv für die eigene Sprachproduktion.
- SSES-Kinder verarbeiten Sprache eher analytisch und wiederholen einzelne Wörter oder Wortverbindungen. Die ganzheitliche Strategie der Sprachverarbeitung wurde nur selten verwendet (vgl. S. 128 f.).

Unterschiede in der Sprachverarbeitung sprachentwicklungsgestörter Kinder deckten ebenfalls Kaltenbacher und Kany in einer Untersuchung von 1980 bis 1984 mit acht vierjährigen sprachentwicklungsgestörten Kindern und einer jüngeren sprachgesunden Vergleichsgruppe auf (vgl. Kaltenbacher & Kany 1996, S. 180). Zwei der acht sprachentwicklungsgestörten Kinder wendeten die ganzheitliche Strategie der Sprachverarbeitung gar nicht an, während die übrigen sechs Kinder Ansätze der ganzheitlichen

Sprachverarbeitungsstrategie zeigten (vgl. Kaltenbacher & Kany 1996, S. 195). Kaltenbacher und Kany (1996) gehen auf Basis ihrer Ergebnisse davon aus, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder durchaus zur ganzheitlichen Sprachverarbeitung in der Lage sind, im Vergleich zu sprachgesunden Kindern jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt in der Entwicklung und auch nicht in der gleichen Effektivität und Regelmäßigkeit (vgl. Kaltenbach & Kany 1996, S. 197).

Grimm (2012) sieht in der mangelnden Nutzung der ganzheitlichen Sprachverarbeitungsstrategie gravierende Folgen für die sprachliche Entwicklung der Kinder. Während die sprachgesunden Kinder die ganzheitliche Strategie zur Ableitung von Wortklassen und Wortstellungsmustern nutzen, fehlen den sprachentwicklungsgestörten Kindern durch die geringe Länge an verarbeitenden Spracheinheiten Vergleichsprozesse, und sie haben Schwierigkeiten in der Ableitung von Regeln. Ursächlich für die mangelnde Nutzung der ganzheitlichen Sprachverarbeitungsstrategie können Defizite im phonologischen Arbeitsgedächtnis angenommen werden (vgl. S. 130). Kaltenbach und Kany (1996) gehen davon aus, dass die Kinder zur Entlastung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses die zu verarbeitenden Informationen selektieren (vgl. S. 198).

Fazit

Für den Bereich der internalen Risikofaktoren muss festgehalten werden, dass Störungen im phonologischen Arbeitsgedächtnis sowohl Ursache als auch Folge von Sprachentwicklungsstörungen sein können. Kinder mit umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache sind neben einer geringeren Verarbeitungsqualität im phonetischen Speicher von einer kürzeren Gedächtnisspanne und damit einer geringeren Gesamtkapazität im phonologischen Arbeitsgedächtnis betroffen.

Störungen im Bereich der auditiven Aufmerksamkeit können einen möglichen Risikofaktor für spezifische Sprachentwicklungsstörungen darstellen. Aufgrund der mangelnden Befundlage ist ein abschließendes Fazit jedoch nicht möglich. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Sprachstörungen und einem auditiven Defizit muss hingegen negiert werden. Ob sprachentwicklungsgestörte Kinder von einem zeitlichen Verarbeitungsdefizit betroffen sind oder nicht, wird heterogen beantwortet. Prosodiedefizite können Ursache und Folge von Sprachentwicklungsstörungen sein. Sprachentwicklungsgestörte Kinder nutzen zwar prosodische Hinweisreize für den Spracherwerb, aber nicht aber im gleichen Umfang wie sprachgesunde Kinder, allerdings muss die Ein-

flussnahme der sprachlichen Fähigkeiten auf die Prosodienutzung ebenfalls berücksichtigt werden.

Für den Bereich der kognitiven Faktoren gilt, dass Defizite in der Hypothesenbildung und -prüfung einen möglichen Risikofaktor für spezifische Sprachentwicklungsstörungen darstellen. Das syntaktische Bootstrapping wird zwar von SSES-Kindern angewendet, jedoch in geringerem Maße als von sprachgesunden Kindern. Die Sprachverarbeitung stellt ebenfalls einen Risikofaktor für spezifische Sprachentwicklungsstörungen dar. Sprachentwicklungsgestörte Kinder wenden zwar die ganzheitliche Sprachverarbeitungsstrategie an, allerdings höchstwahrscheinlich erst zu einem späteren Zeitpunkt und nicht in der Intensität wie sprachgesunde Kinder.

2.1.2.7 Verlauf

2.1.2.7.1 Sprachliche Fähigkeiten

Auch wenn einige sprachentwicklungsgestörte Kinder bis ins Jugendalter spontan sprachlich unauffällig werden, persistieren dennoch Auffälligkeiten im sprachlichen Bereich (vgl. Dannenbauer 2003, S. 54).

Mit dem Entwicklungsverlauf von sprachentwicklungsgestörten Kindern im Vorschulalter setzten sich Bishop und Edmundson (1987) auseinander. Sie begleiteten die Entwicklung von 87 SSES-Kindern von 4;0 bis 5;6 Jahren. Bis zum Alter von 5;6 Jahren gelang es 44 % der Kinder, den sprachlichen Rückstand aufzuholen.

In einer groß angelegten Untersuchung verfolgten Beitchman et al. (1994) den Entwicklungsverlauf von sprachentwicklungsgestörten Kindern ab dem Alter von fünf Jahren. Nachuntersuchungen fanden mit 12;6 und 19 Jahren statt. 72 % der Kinder gelang es im Verlauf von sieben Jahren bis zu einem Alter von 12;6 Jahren nicht, ihre Störung zu überwinden. Der Entwicklungsverlauf war jedoch abhängig vom Störungsbild. Bei 65 % der Kinder mit Sprechstörungen und 72 % der Kinder mit Sprachstörungen blieb die Störung bestehen. In der Gruppe der Kinder mit Sprech- und Sprachstörungen waren es 81 %. Kinder mit isoliertem Störungsbild erreichen somit häufiger ein Aufholen in der sprachlichen Entwicklung als Kinder mit kombinierten Sprech- und Sprachstörungen. Die Forschungsgruppe differenzierte darüber hinaus zwischen Kindern mit rein expressivem Störungsbild und rezeptiv-expressiver Problematik. Auch hier zeigte sich, dass Kinder mit kombiniert expressiv-rezeptiven Störungen seltener ihre Störung überwinden konnten als Kinder mit rein expressiver Störung. 14 Jahre später, im Alter von

19 Jahren, untersuchte die Forschungsgruppe erneut die sprachliche Entwicklung dieser Kinder (vgl. Johnson et al. 1999). Bei einem Großteil der sprachentwicklungsgestörten Kinder blieben die Symptome bis ins Jugendalter bestehen. Die sprachlichen Fähigkeiten waren von einer hohen Stabilität gekennzeichnet. Jugendliche mit diagnostizierten Sprechstörungen im Kindesalter hatten bessere Entwicklungschancen als Kinder mit Sprachstörungen (vgl. Johnson et al. 1999).

Den Entwicklungsverlauf bis ins Jugendalter untersuchten ebenfalls Stothard, Snowling, Bishop, Chipchase und Kaplan (1998). 71 Jugendliche wurden vom Vorschulalter bis zum Alter von 15/16 Jahren begleitet. Mit 5;6 Jahren fand eine Einteilung nach den Kriterien „Sprachstörung überwunden“ oder „Sprachstörung nicht überwunden“ statt. Im Jugendalter wurden die sprachlichen Fähigkeiten und die Lesekompetenz getestet. Kinder, denen bis zum Eintritt ins Schulalter eine Überwindung der Störung gelungen war, erreichten im Alter von 15/16 Jahren in den Bereichen Wortschatz und Sprachverständnis vergleichbare Leistungen wie die Kinder der Kontrollgruppe. Schlechtere Leistungen zeigten die Kinder jedoch in den Bereichen Arbeitsgedächtnis und Lesekompetenz. Bestanden die Sprachentwicklungsstörungen noch zum Schuleintritt, so schnitten die Kinder auch noch im Jugendalter in allen untersuchten Bereichen signifikant schlechter ab als die Kontrollgruppe. 80 % dieser Kinder erreichten Werte unterhalb einer Standardabweichung und 37 % Werte mehr als zwei Standardabweichungen unter der Norm.

Conti-Ramsden et al. (2001) erforschten die sprachliche Entwicklung von 242 sieben Jahre alten Kindern an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache bis zum Alter von elf Jahren (200 Kinder). 89 % der Kinder erzielten nach vier Jahren in einem Untertest Leistungen unterhalb einer Standardabweichung, während 63 % in drei oder mehr Untertests Leistungen unterhalb einer Standardabweichung erreichten. Nur 16 Kinder (8 %) konnten ihre Störungen überwinden.

Für den deutschsprachigen Raum liegen Ergebnisse von Kiese-Himmel (1997), Schakib-Ekbatan und Schöler (1995) sowie Schlamp, Schröter, Weber und Ziegler (2003) vor. Kiese-Himmel (1997) begleitete die sprachliche Entwicklung von 25 sprachentwicklungsgestörten Kindern ab einem durchschnittlichen Alter von 4;11 Jahren. Nach durchschnittlich 3;9 Jahren zeigten 38 % der Kinder im HSET Leistungen zwischen einer und zwei Standardabweichungen sowie 4 % Leistungen unterhalb von zwei Standardabweichungen. 58 % der Kinder gelang demnach im Verlauf von vier Jahren eine Überwindung der Sprachentwicklungsstörung.

Von einer hohen Persistenz von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen bis ins Jugendalter gehen auch Schlamp et al. (2003) aus. Sie untersuchten die Entwicklung von 20 Jugendlichen im Alter zwischen 12;11 und 16;4 Jahren. Auf fast allen sprachlichen Ebenen wurden ausgeprägte Defizite im rezeptiven und expressiven Bereich sowohl in der Schrift- als auch Lautsprache festgestellt (S. 155).

Schakib-Ekbatan und Schöler (1995) begleiteten über zehn Jahre die Entwicklung von neun spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern. Im Alter von 15 bis 17 Jahren erreichten die Jugendlichen in den Bereichen „auditive Merkspanne“, „Flexionsbildung“ und „Nachsprechen von Sätzen“ keine altersentsprechende Entwicklung.

Wie bereits von Beitchman et al. (1994) hervorgehoben wurde, fallen die Prognosen für Kinder, die von rezeptiv-expressiven Störungen betroffen sind, deutlich schlechter aus. Clark et al. (2007) untersuchten 58 Kinder mit rezeptiv-expressiven Störungen sechs Jahre nach ihrem Schuleintritt. Nur 3 % der Kinder war es in der Zwischenzeit gelungen, altersentsprechende rezeptive und expressive Fähigkeiten zu entwickeln. 35 % der Kinder lagen zwei Standardabweichungen und 52 % eine bis zwei Standardabweichungen unter der Norm im Sprachverständnis. Die expressiven Leistungen befanden sich bei 60 % der Kinder zwei Standardabweichungen und bei 29 % der Kinder eine bis zwei Standardabweichungen unter der Norm. Die Autoren stellten einen signifikanten Zusammenhang zwischen den expressiven und rezeptiven Fähigkeiten fest.

Deutlich positiver fallen demgegenüber die Ergebnisse von Cantwell und Baker (1989) aus. Sie untersuchten den Entwicklungsverlauf von 14 sprachverständnisgestörten Kindern im Alter von vier bis neun Jahren. Nach zwei bis drei Jahren fanden Nachuntersuchungen statt. Von den 14 Kindern konnten sechs (43 %) ihre Störung überwinden. Von den acht übrigen Kindern zeigten sechs einen entwicklungstypischen, aber nicht altersentsprechenden Entwicklungsstand. Nur zwei Kinder wiesen entwicklungsuntypische Eigenschaften auf.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich resümieren, dass Sprachentwicklungsstörungen, die am Ende des Vorschulalters noch bestehen, mit hoher Wahrscheinlichkeit bis ins späte Jugendalter persistieren. Die Angaben zur Persistenz schwanken zwischen 42 % (vgl. Kiese-Himmel 1997) und 92 % (vgl. Conti-Ramsden et al. 2001). Kinder mit isolierten Sprech- oder rein expressiven Störungen haben bessere Entwicklungschancen als Kinder mit komorbiden Sprech- und Sprachstörungen oder expressiv-rezeptiven Störungen.

2.1.2.7.2 Schriftspracherwerb

Neben anhaltenden sprachlichen Auffälligkeiten treten verschiedenen Schätzungen zufolge bei 40 % bis 70 % der Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen Probleme im Schriftspracherwerb auf (vgl. Dannenbauer 2003, S. 53). SSES-Kinder zählen zur Risikogruppe ersten Ranges für Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten mit negativen Auswirkungen auf den Schulerfolg und die Intelligenzentwicklung (vgl. Dannenbauer 2003, S. 53; Mayer 2010, S. 16).

Weindrich, Jennen-Steinmetz, Laucht, Esser und Schmidt (2000) untersuchten die Entwicklung von sprachentwicklungsgestörten Kindern im Zeitraum von 4;6 bis acht Jahren. Im Alter von acht Jahren wiesen fünf von elf Kindern (45 %) eine Lese-Rechtschreib-Störung auf. In der Kontrollgruppe waren es hingegen nur 7 % der Kinder.

Auch Conti-Ramsden et al. (2001) setzten sich mit dem Entwicklungsverlauf von sprachentwicklungsgestörten Kindern auseinander. Im Alter von elf Jahren lagen 22 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder im Bereich der Lesefähigkeit zwei Standardabweichungen unter der Norm und 69 % eine Standardabweichung unter der Norm. Im Bereich des Leseverständnisses erzielten 27 % der Kinder Leistungen zwei Standardabweichungen unter der Norm und 78 % Leistungen eine Standardabweichungen unter der Norm.

Catts (1991) setzte sich mit der Lesefähigkeit von 41 SSES-Kindern auseinander. 13 dieser Kinder wiesen ausschließlich Artikulationsstörungen auf. Kinder mit Artikulationsstörungen unterschieden sich nicht signifikant in ihren Lesefähigkeiten von einer sprachgesunden Kontrollgruppe, wohingegen die Kinder mit Störungen auf verschiedenen Sprachebenen signifikant schlechtere Ergebnisse als die Kontrollgruppe erzielten. Die Leistungen im Bereich der phonologischen Informationsverarbeitung stellten sich dabei als ein guter Prädiktor für die Lesefähigkeiten heraus.

Catts, Frey, Tomblin und Zhang (2002) untersuchten die Lesefähigkeit und das Leseverständnis von Zweit- und Viertklässlern mit allgemeinen Sprachentwicklungsstörungen, spezifischen Sprachentwicklungsstörungen, niedrigem nonverbalen IQ oder unauffälliger Sprachentwicklung sowie kognitiver Entwicklung. In der zweiten Klasse erfüllten 42 % und in der vierten Klasse 36 % der Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen die Kriterien für eine Leseschwäche, wohingegen in der Gruppe sprachgesunder Kinder nur 9 % bzw. 8 % waren. Die Autoren differenzierten weiterhin zwischen Kindern, die bis zur zweiten Klasse ihre sprachlichen Probleme überwunden

hatten, und Kindern mit persistierenden Sprachentwicklungsstörungen bis zur vierten Klasse. Kinder der erstgenannten Gruppe präsentierten signifikant bessere Leseleistungen als Kinder mit persistierenden Sprachproblemen, allerdings signifikant schlechtere Leistungen als die sprachgesunde Kontrollgruppe (vgl. Catts et al. 2002).

Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen haben ein erhebliches Risiko zur Ausprägung von Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten. Im Vergleich zu sprachgesunden Kindern entwickeln sie etwa fünf- bis sechsmal so häufig eine Leseschwäche bzw. Lese-Rechtschreib-Störung. Kinder, die ihre Sprachentwicklungsstörungen bis ins Schulalter überwinden konnten, haben bessere Entwicklungschancen als Kinder mit persistierenden Sprachproblemen. Dennoch liegen ihre Leistungen signifikant unter den Lese-Rechtschreib-Fähigkeiten von sprachgesunden Kindern.

2.1.2.7.3 Intelligenz

Die Diagnoseleitlinien für eine „umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache“ fordern, dass die kognitiven Fähigkeiten, gemessen mit einem nonverbalen Intelligenztest, mindestens im Durchschnittsbereich (d. h. $IQ > 84$) liegen. Die nonverbale Intelligenz von sprachentwicklungsgestörten Kindern liegt jedoch häufig im unteren Durchschnittsbereich (vgl. Johnston 1992, S. 109). Zudem beobachteten verschiedene Autoren eine Abnahme des Intelligenzquotienten über die Zeit (vgl. Benasich, Curtiss & Tallal 1993; Botting 2005; Conti-Ramsden et al. 2001; Paul & Cohen 1984; Schakib-Ekbatan & Schöler 1995; Tomblin, Freese & Records 1992). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen können sich zu einer Lernbehinderung ausweiten, da schulisches Wissen hauptsächlich sprachlich vermittelt wird und die Fähigkeit zum Dekodieren und Enkodieren von Sprache eine notwendige Voraussetzung des Schulerfolges darstellt.

In der Probandengruppe von Conti-Ramsden et al. (2001) schnitten 28 % der Kinder, die im Alter von sieben Jahren noch durchschnittliche kognitive Fähigkeiten zeigten, im Alter von elf Jahren unterdurchschnittlich ab.

Botting (2005) begleitete den Entwicklungsverlauf von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern über sieben Jahre. Während die Kinder im Alter von sieben Jahren im Durchschnitt einen nonverbalen IQ von 105.6 erreichten, fiel der Wert nach einem leichten Anstieg bis zum Alter von acht Jahren im Alter von elf Jahren auf 86.2 IQ-

Punkte und im Alter von 14 Jahren auf 83.0 IQ-Punkte. Über einen Zeitraum von sieben Jahren sank der IQ der Kinder somit um mehr als 20 IQ-Punkte ab.

Tomblin et al. (1992) untersuchten die Intelligenzleistungen von 19 bis 21 Jahre alten Jugendlichen mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen in der Kindheit im Vergleich zu Jugendlichen mit normaler kindlicher Sprachentwicklung. Während der nonverbale IQ in der Kindheit noch bei 98.5 IQ-Punkten lag, sank er bis zum Alter von 19 bis 20 Jahren auf 89.75 IQ-Punkte.

Unterstützt werden diese Ergebnisse durch Benasich et al. (1993). Auch diese Forschungsgruppe fand Hinweise auf ein Absinken des IQ. Während im Alter von vier Jahren kein signifikanter Unterschied zwischen der Kontroll- und der SSES-Gruppe im IQ bestand, stellte sich dieser Unterschied bis zum Alter von acht Jahren ein. Die SSES-Gruppe verlor im Alter zwischen vier und acht Jahren 8.6 IQ-Punkte, während es in der Kontrollgruppe nur 3.2 Punkte waren.

Für den deutschsprachigen Raum liegen die Ergebnisse von Schlamp et al. (2003) vor. Im Alter zwischen 12 und 16 Jahren wiesen 20 % der Jugendlichen einen Intelligenzquotienten im Bereich einer Lernbehinderung auf (vgl. S. 143).

Clegg, Hollis, Mawhood und Rutter (2005) untersuchten die Intelligenzentwicklung von männlichen Probanden mit rezeptiven Sprachstörungen vom späten Kindes- bis zum Erwachsenenalter. Im Alter von durchschnittlich neun Jahren hatten die Jungen einen nonverbalen IQ von 89.2. Mit 13;4 Jahren lag der nonverbale IQ bei 92.3 und ist damit über einen Zeitraum von vier Jahren leicht angestiegen. Ein Absinken des nonverbalen IQ beobachtete die Forschungsgruppe nur im Zeitraum zwischen durchschnittlich 13 Jahren und 24 Jahren. In dieser Zeit sank der nonverbale IQ um durchschnittlich 14 Punkte (von 92.3 auf 78.0 IQ-Punkte). Im Alter von 36 Jahren stieg der nonverbale IQ wieder auf die ursprünglichen 92.1 IQ-Punkte. Clegg et al. (2005) resümieren: "However, performance IQ measured in the mid-thirties (Time 4) was similar to that measured in childhood and this failed to support the suggestion (at Time 3) of a drop in performance IQ in adult life" (S. 135). Die ehemals rezeptiv sprachgestörten Erwachsenen verfügten über einen leicht unterdurchschnittlichen Gesamt-IQ von 84.4. Dieser Wert lag signifikant unter dem Wert der Geschwister (durchschnittlich 105.0 IQ-Punkte).

Schakib-Ekbatan und Schöler (1995) beobachteten ebenfalls ein Absinken des IQ. Auch Dannenbauer (2001) macht auf die gravierenden Folgen von Spracherwerbsstörungen aufmerksam. Er schreibt: „In Wirklichkeit sind viele Lernbehinderungen sprachlich bedingt und nur über eine erfolgreiche Verbesserung sprachlicher Kompetenzen zu

verändern“ (S. 106). Nach Dannenbauer (2001) sind 30 % der Kinder auf Schulen für Lernbehinderte eigentliche SSES-Fälle.

Während einige Autoren bereits im Kindesalter signifikante Unterschiede im Bereich der Intelligenz feststellen, wurde von anderen Autoren ein Absinken der nonverbalen Intelligenz erst bis ins Jugendalter beobachtet. Die Angaben schwanken dabei zwischen 8 und 22 IQ-Punkten. Die kognitive Entwicklung wird somit nachhaltig von den sprachlichen Fähigkeiten beeinflusst. Kinder mit schweren umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache sowie Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen sind vor allem von einer absinkenden Intelligenz bis ins späte Jugend- und frühe Erwachsenenalter betroffen (vgl. Suchodoletz 2008). Nach Ergebnissen von Clegg et al. (2005) können die nonverbalen Fähigkeiten bis ins Erwachsenenalter jedoch wieder ansteigen.

2.1.2.7.4 Schulerfolg

Die oben beschriebenen Entwicklungsverläufe im sprachlichen, schriftsprachlichen und kognitiven Bereich haben Einfluss auf den Schulerfolg. Sprachentwicklungsgestörte Kinder tragen ein erhebliches Risiko zur Ausbildung von schulischen Problemen.

Felsenfeld, Broen und McGue (1994) verfolgten die Entwicklung von 24 Erwachsenen mit einer dokumentierten Sprachentwicklungsstörung im Kindesalter. Verglichen mit einer altersparallelisierten sprachgesunden Kontrollgruppe, verließen die ehemals sprachentwicklungsgestörten Erwachsenen früher die Highschool und waren häufiger auf zusätzliche Unterstützung angewiesen. Der Beschäftigungsstatus unterschied sich zwar nicht zwischen den Gruppen, jedoch befanden sich in der SSES-Gruppe häufiger ungelernte bzw. gering qualifizierte Arbeiter. Was die Zufriedenheit mit dem Schulabschluss und der Beschäftigung anbelangt, so gaben beide Gruppe an, „sehr“ oder „ziemlich“ zufrieden zu sein. Eine hohe Zufriedenheit mit dem Schulabschluss wird auch von Durkin, Simkin und Knox (2009) bestätigt (88 %).

Conti-Ramsden, Durkin, Simkin und Knox (2009) begleiteten den Bildungsweg von 120 SSES-Jugendlichen und 121 sprachgesunden Jugendlichen. Sprachentwicklungsgestörte Kinder wurden signifikant seltener zur Abschlussprüfung nach der zehnten Klasse zugelassen und erreichten signifikant schlechtere Abschlüsse als sprachgesunde Kinder. Zur differenzierteren Untersuchung des Schulerfolges wurden die Jugendlichen mit dokumentierter Sprachentwicklungsstörung in zwei Gruppen eingeteilt: Jugendliche mit

überwundenen Sprachentwicklungsstörungen und Jugendliche mit persistierenden Sprachentwicklungsstörungen. Jugendliche mit überwundenen Sprachentwicklungsstörungen legten nicht nur signifikant häufiger die Abschlussprüfung ab als Jugendliche mit persistierenden Störungen, sondern hatten auch signifikant bessere Noten. Die Forschungsgruppe stellte zwischen sprachgesunden Jugendlichen und Jugendlichen mit überwundenen Sprachproblemen keine signifikanten Unterschiede im Ablegen der Abschlussprüfung und den Noten fest. Als einflussreiche Prädiktoren zeigten sich in dieser Untersuchung die Faktoren sprachliche Fähigkeiten, Bildungsstand der Mutter sowie der nonverbale IQ.

Auch Snowling, Adams, Bishop und Stothard (2001) differenzierten zwischen Jugendlichen, die ihre sprachlichen Probleme bis zum Einschulungsalter überwinden konnten, und Jugendlichen, die von persistierenden Sprachentwicklungsstörungen betroffen waren. Die Forschungsgruppe fand heraus, dass nur etwa die Hälfte der Gruppe mit persistierenden Sprachentwicklungsstörungen oder allgemeinen Entwicklungsstörungen nach der zehnten Klasse die Abschlussprüfung ablegte, signifikant weniger als in der Kontrollgruppe und in der Gruppe mit überwundenen Sprachproblemen. Auch bei den erreichten Ergebnissen in der Abschlussprüfung kam es zu signifikanten Unterschieden. Die Kontrollgruppe schnitt besser ab als die Gruppe mit überwundenen Sprachproblemen, während Letztere jedoch signifikant besser abschnitt als die Gruppe der Jugendlichen mit persistierenden Sprachproblemen. Die Gruppe mit persistierenden Sprachproblemen erreichte nur marginal bessere Werte als die Gruppe mit allgemeinen Entwicklungsstörungen. Nach Snowling et al. (2001) haben der nonverbale IQ und die Schriftsprachfähigkeiten die größten Einflüsse auf den Schulerfolg.

Verschiedene Autoren begleiteten die Schullaufbahn von Kindern mit rezeptiven Sprachstörungen. In der Untersuchung von Beitchman, Wilson, Brownlie, Walters und Lancee (1996c) wurden die Gruppen bezogen auf ihre sprachlichen Fähigkeiten eingeteilt. Nach sieben Jahren, im Alter von 12;6 Jahren, besuchte kein Kind der Kontrollgruppe eine Sonderschule, wohingegen 47 % der Kinder mit Artikulationsstörungen, 64 % der „low overall“-Gruppe und 50 % der „comprehension“-Gruppe sonderbeschult wurden (vgl. Beitchman et al. 1996c). Aufgrund dieser Befundlage sehen Beitchman et al. (1996c) in den Fähigkeiten zum Sprachverstehen einen der besten Prädiktoren für den Schulerfolg. Remschmidt (1991) schließt sich dem Standpunkt von Beitchman et al. (1996c) an, indem er hervorhebt, dass insbesondere die rezeptiven Sprachstörungen für die Schullaufbahn prognostisch ungünstig sind.

Clegg et al. (2005) führten bei Erwachsenen mit einer dokumentierten rezeptiven Sprachstörung im Alter von 36 Jahren eine Befragung durch. 41 % der ehemals rezeptiv sprachgestörten Kinder waren zu diesem Zeitpunkt arbeitslos, während es nur 6 % der Geschwister und 4 % der Kontrollgruppe waren. 18 % der sprachverständnisgestörten Gruppe führten noch nie eine Beschäftigung aus, in der Gruppe der Geschwister waren das 0 %. Außerdem stellten Clegg et al. (2005) fest, dass Erwachsene mit Sprachverständnisstörungen im Kindesalter häufiger einfache Berufe ausführen und ungelernte Arbeiter sind.

Sprachentwicklungsgestörte Kinder sind in ihrem Schulerfolg stark beeinträchtigt. Die Angaben zum erfolgreichen Ablegen der Abschlussprüfung nach der zehnten Klasse schwanken zwischen 24 % und 50 %. Sprachgesunde Jugendliche und Jugendliche mit überwundenen Sprachentwicklungsstörungen unterscheiden sich nicht bzw. nur gering in den Zulassungshäufigkeiten und den Abschlussnoten. Jugendliche mit persistierenden Sprachentwicklungsstörungen erzielten nahezu die gleichen Leistungen wie Jugendliche mit allgemeinen Entwicklungsstörungen. Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen sind insbesondere in ihrem Schulerfolg benachteiligt. Nach den Studienergebnissen nehmen die folgenden Faktoren positiv Einfluss auf den Schulerfolg sprachentwicklungsgestörter Kinder:

- Überwinden der Sprachentwicklungsstörung bis zum Schuleintritt
- Keine rezeptiven Auffälligkeiten
- Hoher Bildungsstatus der Mutter
- Hoher nonverbaler IQ
- Gute psycholinguistische Fähigkeiten

Weiterhin kann festgehalten werden, dass Jugendliche und Erwachsene mit einer dokumentierten Sprachentwicklungsstörung häufiger unqualifizierte oder gering qualifizierte Berufe ausführen (vgl. Suchodoletz 2008). Auch sind sie häufiger arbeitslos. Positiv hervorgehoben werden muss allerdings, dass die Mehrheit der Jugendlichen mit ihrem Abschluss und ihrem Beruf sehr zufrieden ist.

2.1.2.7.5 Autismus-Spektrum-Störung

Sprachentwicklungsstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sind Entwicklungsstörungen mit Auffälligkeiten im sprachlichen und sozialen Bereich (Leyfer, Tager-Flusberg, Dowd, Tomblin & Folstein 2008). Darüber hinaus teilen sie sich ätio-

logische Faktoren (vgl. Leyfer et al. 2008). In einigen Studien fanden sich Hinweise auf die Entstehung autistischer Störungen bei sprachentwicklungsgestörten Kindern im Entwicklungsverlauf (vgl. Bishop, Whitehouse, Watt & Line 2008; Conti-Ramsden et al. 2001; Leyfer et al. 2008). Conti-Ramsden et al. (2001) begleiteten den Entwicklungsverlauf von 242 sprachentwicklungsgestörten Kindern im Alter von sieben bis elf Jahren. Im Posttest nach vier Jahren erfüllten zehn von 116 Kindern die Kriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung (9 %), wovon drei einen IQ von weniger als 70 IQ-Punkten aufwiesen.

Conti-Ramsden, Simkin und Botting (2006) publizierten Ergebnisse, wonach 4 % der Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen die Kriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung erfüllten. Ein Viertel der Kinder erfüllte die Kriterien nicht vollständig oder war von einer milderen Form der Autismus-Spektrum-Störung betroffen.

Bishop et al. (2008) untersuchten 38 Jugendliche und Erwachsene im Alter von 15 bis 31 Jahren mit einer dokumentierten spezifischen Sprachentwicklungsstörung in der Biografie. Die Kriterien für die Autismus-Spektrum-Störung erfüllten acht dieser Jugendlichen und Erwachsenen (21 %). Weitere vier (11 %) zeigten eine mildere Form der Autismus-Spektrum-Störung.

In einer Untersuchung von Leyfer et al. (2008) erreichten 41 % der spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren einen auffälligen Wert im sozialen und kommunikativen Bereich. Während Buschmann (2012) insbesondere bei rezeptiven Sprachstörungen ein Autismus-Risiko sieht, fanden Leyfer et al. (2008) keinen Zusammenhang zwischen dem Abschneiden im „Diagnostischen Inventar für Autismus“ (ADI-R) oder der „Diagnostischen Beobachtungsskala für Autistische Störungen“ (ADOS) mit den Leistungen im expressiven und rezeptiven Bereich der „Clinical Evaluation of Language Fundamental“ (CELF-III). Repetitive Verhaltensweisen wurden bei mehr als 90 % der spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kinder nicht beobachtet. Bei Buschmann und Jooss (2011) erfüllten 4 % der Late Talker die Kriterien für einen frühkindlichen Autismus. Alle Late Talker wiesen außerdem Störungen im Sprachverständnis auf.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass ca. 4 % bis 20 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder und Jugendlichen die Kriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung erfüllen.

2.2 Pragmatisch-kommunikative Entwicklung und Auffälligkeiten

2.2.1 Pragmatisch-kommunikative Kompetenzen

Nach Morris (1938) handelt es sich bei der Pragmatik um eine weitere Analyseebene neben der Syntax, Phonologie und Semantik. Bußmann (1990) bezeichnet die Pragmatik als eine „aus verschiedenen sprachwissenschaftlichen, philosophischen und sozialwissenschaftlichen Traditionen hervorgegangene linguistische Teildisziplin, die die Relation zwischen natürlich sprachlichen Ausdrücken und ihren spezifischen Verwendungssituationen untersucht“ (S. 606). Die Pragmatik befasst sich somit mit der „Beziehung der Zeichen zu ihren Benutzern“ oder anders ausgedrückt: mit dem Gebrauch von Sprache (vgl. Kannengieser 2009, S. 266; Möller & Ritterfeld 2010).

Von Geburt an muss das Kind nicht nur formalsprachliche Kompetenzen erwerben, sondern auch lernen, diese im Gespräch mit anderen anzuwenden. Das Ziel der Sprachentwicklung besteht somit nicht nur im Erwerb linguistischer Kompetenz, sondern darüber hinaus im Erwerb kommunikativer Kompetenz. Dohmen (2014) definiert „kommunikative Kompetenz“ als „das Vermögen, bestimmte Inhalte erfolgreich mittels sprachlicher und nicht sprachlicher Ressourcen unter Berücksichtigung der sozialen Regeln und Konventionen zwischenmenschlicher Kommunikation in unterschiedlichen sozialen Kontexten auszutauschen“ (S. 189). Kannengieser (2009) verwendet anstelle des Begriffs der „kommunikativen Kompetenz“ den Begriff der „pragmatischen Kompetenz“. Während Dohmen (2014, S. 189) in ihrer Definition die benötigten Ressourcen und Fähigkeiten betont, geht Kannengieser (2009) auf die Bestandteile eines Gesprächs ein, indem sie schreibt: „Unter pragmatischen Kompetenzen sind solche Fähigkeiten zu verstehen, die dem Vollzug von sprachlichen Handlungen sowie der Initiierung, Aufrechterhaltung und dem Gelingen von Kommunikation dienen“ (S. 270).

In der folgenden Tabelle (Tabelle 6) sind die vom Kind zu erwerbenden pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten nach Kannengieser (2009, S. 270 f.) den „Bereichen kommunikativen Handelns“ von Dohmen, Dewart und Summers (2009, S. 8 ff.) gegenübergestellt. Dohmen et al. (2009) trennen zwischen „direkten“ und „indirekten“ Bereichen kommunikativen Handelns. Zu den direkten Bereichen zählen die „Kommunikative Intention“ und die „Kommunikationsorganisation“. Sie beeinflussen das pragmatisch-kommunikative Handeln direkt, wohingegen der „Kommunikationskontext“ sowie die „kognitiven und kommunikativen Ressourcen“ indirekt das kommunikative Handeln beeinflussen (vgl. Dohmen et al. 2009, S. 9).

Tabelle 6 *Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten in der Gegenüberstellung*

Kannengieser (2009)		Dohmen et al. (2009)	
Fähigkeit	Bestandteile	Bereich	Bestandteile
Sprachliche Handlungen mit einer wachsenden Anzahl von kommunikativen Funktionen ausführen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bitten, Protestieren ▪ Kommentieren, Ankündigen, Grüßen, Danken ▪ Vorschlagen, Erzählen, Berichten, Widersprechen ▪ Trösten, Erklären, Erörtern 	Kommunikative Intentionen ausdrücken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufmerksamkeit lenken und schenken ▪ Aufforderungen ausdrücken ▪ Ausdruck und Reaktion auf Widerspruch ▪ Grüßen ▪ Ausdruck v. Emotionen (mimisch/verbal) ▪ Benennen und Kommentieren ▪ Informieren, Instruieren und Erzählen ▪ Humor
Nonverbale und paraverbale Kommunikationsmittel verwenden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blickkontakt herstellen und halten ▪ Mimik und Gestik adäquat einsetzen ▪ Mimik und Gestik verstehen ▪ Prosodische Färbungen verstehen 	Kommunikative Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formalsprachliche Kompetenzen ▪ Nicht sprachliche Ausdrucksformen: Gestik, Mimik, Blickrichtung, Körperhaltung
Perspektiven des Zuhörers berücksichtigen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voraussetzbares Weltwissen korrekt einschätzen ▪ Gemeinsames Wissen korrekt einschätzen ▪ Gesprächsnotwendige Informationen geben 	Kognitive Ressourcen Kommunikativer Kontext	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Theory of Mind ▪ Präsupposition ▪ Sozialer und kultureller Kontext ▪ Aktueller und direkter physischer Kontext der Äußerungssituation
Gespräche organisieren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation initiieren ▪ Signale für Sprecherwechsel erkennen und senden ▪ Thema einhalten ▪ Gesprächskonventionen beachten 	Kommunikationsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initiierung und Abschluss ▪ Aufrechterhaltung ▪ Im Nachhinein an einer Konversation beteiligen

Kannengieser (2009)		Dohmen et al. (2009)	
Fähigkeit	Bestandteile	Bereich	Bestandteile
Informativität und Relevanz anpassen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf Bekanntes oder im Gespräch schon Eingeführtes referieren ▪ Neuheiten von Informationen markieren ▪ Räumliche und zeitliche Verhältnisse und Abfolgen markieren 	Kommunikativer Kontext	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprachliche Umgebung oder der Gesprächszusammenhang
Kommunikative Erfolge beurteilen, auf sie reagieren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rückfragen stellen ▪ Eigenes Verständnis sichern ▪ Reparaturhandlungen bei Verständnisdefiziten des Gegenübers, Wiederholen, Reformulieren, Korrektur 	Reaktion auf Kommunikation Kommunikationsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reaktion auf direkte und indirekte Aufforderungen ▪ Reaktion auf Idiome und Ironie ▪ Reparaturen und Klärungsversuche
Metakommunikation einsetzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metasprachliche Begriffe verwenden ▪ Gespräche kommentieren ▪ Sprachliche Handlungen hinterfragen ▪ Performative Verben verwenden 		
Kommunikations- und Gesprächsformen beherrschen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialoge führen ▪ Narrative Strukturen herstellen ▪ An Gruppengesprächen adäquat teilnehmen ▪ Erzählungen verfolgen ▪ Theaterstücke verfolgen ▪ Sprachliche Handlungen in der Öffentlichkeit ausführen ▪ Verkaufs-, Beratungs-, Verhandlungsgespräche führen ▪ Kontaktgespräche, Streitgespräche, Diskussionen führen ▪ Etwas vortragen 	Kommunikative Intentionen ausdrücken	

Kannengieser (2009)		Dohmen et al. (2009)	
Fähigkeit	Bestandteile	Bereich	Bestandteile
		Kognitive Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inferenzen (Fähigkeit, logische Schlussfolgerungen zu ziehen) ▪ Exekutive Funktionen ▪ Gedächtnisleistungen bzw. -speicherkapazität

Wie anhand von Tabelle 6 zu erkennen ist, finden sich viele der genannten Fähigkeiten von Kannengieser (2009) auch bei Dohmen et al. (2009) wieder, mit Ausnahme der „Metakommunikation“, die nur von Kannengieser aufgeführt wird. Demgegenüber führen Dohmen et al. (2009) die erforderlichen kognitiven Ressourcen sehr präzise aus. Neben der Fähigkeit, Gedanken zu lesen, die bei Kannengieser unter „Perspektiven des Zuhörers berücksichtigen“ fällt, listen Dohmen et al. (2009, S. 11 f.) in Anlehnung an Perkins (2007) die Fähigkeit, Inferenzen zu ziehen, exekutive Funktionen, Gedächtnisleistungen bzw. -kapazitäten unter den notwendigen kognitiven Ressourcen auf.

Kommunikative Fähigkeiten werden, so kann resümiert werden, durch linguistische, kognitive und soziale Fähigkeiten beeinflusst (vgl. Keese 2003, S. 18). Gleichzeitig wirken sich kommunikative Fähigkeiten auf die linguistische, kognitive und soziale Entwicklung aus. Zwischen den genannten Bereichen besteht somit eine Wechselwirkung (vgl. Dohmen et al. 2009, S. 9).

2.2.2 Pragmatisch-kommunikative Entwicklung

Bevor das Kind über formalsprachliche Fähigkeiten verfügt, ist es mit pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten ausgestattet. Während Kannengieser (2009, S. 272) davon ausgeht, dass das Kind im ersten halben bis Dreivierteljahr noch nicht über kommunikative Fähigkeiten verfügt, vertreten Horsch, Roth, Bischoff, Bischoff und Scheele (2007) die Auffassung eines angeborenen „Dialogue Acquisition Device“ (vgl. S. 99). Dialogue Acquisition Device meint „eine Grundfähigkeit des Menschen, den Dialog zu suchen, ihn aufrecht zu halten und ihn Schritt für Schritt weiterzuentwickeln“ (Horsch et al. 2007, S. 99). Damit diese angeborene Fähigkeit wie auch die Fähigkeit, Sprache zu erwerben, „in Gang gesetzt“ werden kann, braucht es ein soziales Unterstützungssystem

(Language Acquisition Support System; vgl. Bruner 1987, S. 15). Vom ersten Lebenstag an treten Säuglinge mit ihren Eltern oder Bezugspersonen in den Dialog. Belegt wird dieser frühe Dialog durch die Vokalisationsangebote der Säuglinge und das dialogische Echo als Antwort der Eltern. Der sozial-kommunikative Austausch ist nicht nur für den Spracherwerb grundlegend, sondern auch für die sozial-emotionale Entwicklung von Bedeutung (siehe Kapitel 2.5.2). In den frühen Dialogen finden entscheidende Bildungsprozesse statt. Indem die Eltern dem Säugling mit einer dialogischen Haltung begegnen, ermöglichen sie ihm den Erwerb dialogischer Kompetenzen. Darüber hinaus fördern die Dialogelemente den Hör- und Spracherwerb (vgl. Horsch et al. 2007). Der Spracherwerb kann als Konsequenz früher interaktionaler Strukturen gesehen werden (vgl. Keller 2000, S. 395).

Frühe Dialoge und frühe Bildungsprozesse finden in sogenannten „Formaten“ statt (vgl. Bruner 1987). Nach Bruner (1987) ist ein Format ein „[e]ingespieltes, standardisiertes Ablaufmuster von Handlungs- und Redeaktivitäten zwischen Kind und Erwachsenem [...]“ (S. 131). Formate stellen eine Rahmenbedingung des Spracherwerbs dar. Hier sammeln die Kinder ihre ersten kommunikativen Erfahrungen und passen ihre Fähigkeiten zunehmend an die Vorgaben und Bedingungen ihrer Muttersprache an (vgl. Möller & Ritterfeld 2010).

Bis zum ca. neunten Lebensmonat kommunizieren die Kinder „prä-intentional“, d. h., hinter der Mitteilung der Kinder verbirgt sich noch keine Absicht. Die Eltern allerdings interpretieren die Mitteilung des Kindes als intentional und reagieren z. B. auf das Schreien, Lachen, Glucksen und die Blickrichtung des Kindes (vgl. Möller & Spreen-Rauscher 2009, S. 51; Wachsmuth 2013). Zunehmend lernt das Kind „intentional“ zu kommunizieren. Abhängig ist dieser Entwicklungsschritt von zwei kognitiven Errungenschaften: Der „Intersubjektivität“ und der „Triangulation“. „Intersubjektivität“ meint, dass das Kind eine Trennung zwischen sich selbst und der Außenwelt vollzieht (vgl. Kannengieser 2009, S. 23). Erst durch diese Trennung werden Kommunikation und Interaktion überhaupt notwendig. Die „joint attention“ gilt als Voraussetzung für die „Triangulation“. Mit ca. neun Monaten ist das Kind in der Lage, eine Verbindung zwischen sich selbst, einer Person und etwas Drittem, z. B. einem Gegenstand, herzustellen (vgl. Kannengieser 2009, S. 23). Über den Blickkontakt als nonverbale intentionale Mitteilung kann das Kind Wünsche und Interessen an die Bezugspersonen richten (vgl. Wachsmuth 2013, S. 247). Der trianguläre Blickkontakt ermöglicht aber auch den gemeinsamen Austausch über einen Gegenstand. Die Bezugsperson versorgt das Kind nach dem Erhalt einer intentionalen Mitteilung mit Informationen zu diesem Gegen-

stand, wodurch das Kind nicht nur im Wortlernen voranschreiten kann, sondern auch in der Symbolentwicklung (vgl. Wachsmuth 2013, S. 247). Es erfährt, dass es sich bei Sprache um ein Zeichensystem handelt, das für etwas steht.

Die intentionale Phase, ab ca. dem neunten Lebensmonat, gliedert sich in zwei Abschnitte: Während das Kind im Alter von neun bis zwölf Monaten in der „illokutionären Phase“ auf die Anwendung nicht konventioneller Ausdrucksmittel angewiesen ist, kann es durch das Voranschreiten in der symbolischen Entwicklung in der „lokutionären Phase“ ab zwölf Monaten zunehmend auf symbolische Gesten zum Ausdruck der Mitteilungsabsicht zurückgreifen (vgl. Möller & Ritterfeld 2010; Möller & Spreen-Rauscher 2009, S. 52). Je mehr Gesten die Kinder im Alter zwischen 12 und 18 Monaten einsetzen, desto früher produzieren sie auch die ersten Wörter (vgl. Grimm & Wilde 1998).

Ein weiterer wichtiger Entwicklungsschritt für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung besteht im Prozess der „Dezentrierung“, der ebenfalls in den ersten Monaten des zweiten Lebensjahres zu verorten ist. Das Kind erkennt, dass andere Personen andere Absichten und Gedanken haben. Der Bezugsperson werden Gegenstände gereicht, um zu erfahren, was sie dazu zu sagen hat. Mit dem Auftauchen von fragenden Blicken oder Äußerungen gilt das kommunikative Prinzip als erworben (vgl. Kannengieser 2009, S. 24).

Als ein weiterer wichtiger Meilenstein für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung gilt der „Wortschatzspurt“ bzw. die deutliche Zunahme des Wortschatzes ab ca. 18 Monaten. Der Anstieg des Wortschatzes befähigt das Kind zur Anwendung des lexikalischen Bootstrappings. Das lexikalische Bootstrapping ermöglicht dem Kind, in den Grammatikerwerb einzusteigen, wodurch die produktiven und rezeptiven Fähigkeiten des Kindes zunehmen (vgl. Meibauer 2013, S. 33). Formalsprachliche Fähigkeiten stellen eine entscheidende Voraussetzung für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung dar. Das Kind muss sich im Laufe der Entwicklung ein sprachliches Wissen auf allen linguistischen Ebenen aneignen und dieses sowohl dekodieren als auch enkodieren können (vgl. Dohmen et al. 2009, S. 10). Dabei kommt vor allem den grammatischen Fähigkeiten und den Fähigkeiten zum Sprachverständnis eine enorme Bedeutung zu. Grammatische Fähigkeiten ermöglichen es, kommunikative Absichten mithilfe ausreichender sprachlicher Informationen auszudrücken, während das Sprachverständnis für den Prozess des Dekodierens auf Wort-, Satz-, Text- und Diskursebene von Informationen grundlegend ist (vgl. Dohmen et al. 2009, S. 10).

Daneben findet in den ersten Lebensjahren eine zunehmende Abstimmung der kommunikativen Beiträge zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson statt. Der Erwerb

des „Turn Taking“ gilt als zentral für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung. Direkt nach der Geburt ist das kommunikative Verhalten von Kind und Bezugsperson durch Synchronizität gekennzeichnet. Zunehmend schafft die Bezugsperson Platzhalter für die kindliche Reaktion, wobei sie zunächst die Rolle des Kindes übernimmt (vgl. Möller & Spreen-Rauscher 2009, S. 53). Lallpausen des Kindes werden als Aufforderung zur Turn-Übernahme vonseiten der Bezugsperson interpretiert, sodass eine sprachliche Reaktion erfolgt (vgl. Möller & Ritterfeld 2010). Ab dem Alter von sieben Monaten erkennt das Kind mehr und mehr das Grundmuster „Jetzt bin ich dran, jetzt bist du dran“ (Horsch 2008a, S. 25) des Dialogs und vokalisiert in den Sprechpausen der Bezugsperson. Gänzlich beherrscht wird der Turn-Wechsel aber erst mit dem zweiten Geburtstag (vgl. Möller & Ritterfeld 2010).

Im Bereich der kognitiven Entwicklung stellt die Fähigkeit, „Inferenzen“ zu bilden, eine weitere notwendige Voraussetzung dar. Durch die Auswahl und Integration von Informationen werden Schlussfolgerungen gezogen, die nicht explizit vom Gesprächspartner genannt wurden, für das Verständnis und den Gesprächsverlauf aber entscheidend sind (vgl. Hachul & Schönauer-Schneider 2012, S. 14). Doch nicht nur für den Hörer ist die Fähigkeit, Inferenzen zu bilden, grundlegend, sondern auch für den Sprecher. Diese Fähigkeit ermöglicht ihm, ausschließlich relevante Informationen an die Zuhörer zu senden (vgl. Dohmen et al. 2009, S. 11).

Darüber hinaus muss als notwendige kognitive Errungenschaft die „Theory of Mind“ (ToM) zwischen etwa drei und fünf Jahren genannt werden (vgl. Lockl, Schwarz & Schneider 2004). Dahinter verbirgt sich die „Fähigkeit, anderen Personen und sich selbst mentale Zustände wie Wünsche, Absichten oder Überzeugungen zuzuschreiben. Der Erwerb dieser Fähigkeit ermöglicht es, sich in die Perspektive anderer Menschen hineinzusetzen und deren Verhalten zu erklären und vorherzusagen“ (Lockl et al. 2004, S. 207). Die Theory of Mind ist aber nicht nur für die Zuschreibung von mentalen Zuständen grundlegend, sondern auch für die Interpretation ironischer Äußerungen und das Lügen (vgl. Dohmen et al. 2009, S. 11; El Mogharbel & Deutsch 2007, S. 64).

Perkins (2007) nennt neben der Fähigkeit, Inferenzen zu bilden und Gedanken zu lesen, „exekutive Funktionen“ als kognitive Voraussetzung für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung, deren Herausbildung in einem engen Zusammenhang mit der Theory of Mind steht (vgl. Röthlisberger, Neuenschwander, Michel und Roebbers 2010). „Exekutive Funktionen sind kognitive Prozesse höherer Ordnung, die mit der Handlungsplanung, -steuerung und -kontrolle [...] assoziiert werden“ (Petermann, Niebank & Scheithauer 2004, S. 427). Zu den exekutiven Funktionen zählen das „Arbeits-

gedächtnis“, die „Inhibition“ und die „kognitive Flexibilität“. Zu entscheidenden Entwicklungsfortschritten kommt es wie bei der Theory of Mind im Alter zwischen drei und fünf Jahren (vgl. Schneider & Hasselhorn 2012, S. 198). Die Inhibition ermöglicht es, die Aufmerksamkeit zu lenken, spontane Impulse zu unterdrücken und Störreize auszublenden. Für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung spielt diese Fähigkeit eine entscheidende Rolle, da im Diskurs Störreize ausgeblendet werden müssen und das angestrebte Ziel (Umsetzung der Gesprächsabsicht) konsequent verfolgt werden muss. Weiterhin ermöglicht die Impulskontrolle den Kindern, Konflikte sprachlich zu lösen (vgl. Kubesch & Spitzer 2010). Mithilfe der kognitiven Flexibilität ist ein schneller Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus möglich, wodurch neue Perspektiven eingenommen werden können (vgl. Kubesch, Emrich & Beck 2011). Im Diskurs sind die beteiligten Personen immer wieder gefordert, die Personen und Situationen aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und zwischen diesen Perspektiven zu wechseln (vgl. Kubesch & Spitzer 2010).

Das Gedächtnis führt Perkins (2007) als eine eigene kognitive Funktion auf. Während das Langzeitgedächtnis für die Speicherung längerfristiger Informationen (deklaratives und prozedurales Gedächtnis) verantwortlich ist, speichert das Arbeitsgedächtnis kurzfristig eingehendes Datenmaterial und verarbeitet dieses. Sowohl das Langzeitgedächtnis als auch das Arbeitsgedächtnis sind für pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten bedeutsam. Im deklarativen Gedächtnis sind das Weltwissen (semantisches Gedächtnis) und Lebenserfahrungen (episodisches Gedächtnis) gespeichert. Beide beeinflussen die Produktion wie auch das Verständnis einer Äußerung. Das Arbeitsgedächtnis wiederum hat direkten Einfluss auf den Prozess der Dekodierung von Informationen. Weiterhin ermöglicht das Arbeitsgedächtnis eine Planung des Gesprächsverlaufs und des Gesprächsbeitrags (vgl. Kubesch & Spitzer 2010).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass den sozial-interaktiven Handlungen für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung enorme Bedeutung zukommt. Diese Haltung findet sich in interaktionistischen Sprachtheorien wieder, zu deren Vertreter Bruner (1987), Papousek und Papousek (1987) und Tomasello (1992) zählen. Sie sehen den frühen Dialog, und innerhalb dessen insbesondere die geteilte Aufmerksamkeit, gemeinsamen Handlungsmuster sowie intuitiven elterlichen Kompetenzen, als Ursprung der linguistischen und pragmatischen Kompetenz. Es wurde allerdings deutlich, dass neben den genetischen und sozial-interaktiven Voraussetzungen die kognitive Entwicklung eine entscheidende Rolle für den Erwerb pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen spielt. Der Erwerb von linguistischen wie auch pragmatisch-

kommunikativen Kompetenzen ist somit nur durch die Interaktion von Genen, Umwelt und Kognition möglich.

Was den Entwicklungsverlauf der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten anbelangt, so betonen Dohmen et al. (2009), dass „eine theoretisch einheitliche und lückenlose Übersicht über den kommunikativen Entwicklungsverlauf auf der Basis des jetzigen Forschungsstandes nicht möglich [ist]“ (S. 21). Dennoch soll im Folgenden der Versuch unternommen werden, in Anlehnung an Grimm (2012), Zollinger (2004), Dohmen et al. (2009) und Kannengieser (2009) eine tabellarische Übersicht zur Entwicklung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten zu entwerfen (Tabelle 7).

Tabelle 7 *Tabellarische Übersicht zur Entwicklung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten*

Alter	Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten
Von Geburt an	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation findet statt ▪ Keine kommunikativen Fähigkeiten (Kannengieser 2009, S. 272) vs. Dialogue acquisition device (Säugling verfügt von Geburt an über dialogische Kompetenzen) (vgl. Horsch et al. 2007, S. 99).
Ca. 4–7 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialogische Struktur wird von den Eltern hergestellt ▪ Beginn des Turn Takings
Ca. 8–11 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intentionale Gesten ▪ Präverbales Begrüßen und Verabschieden ▪ Referenzieller Blickkontakt ▪ Verstehen und Einsatz von Zeigegesten ▪ Erste kommunikative Handlungen (Kombination von Blickkontakten, Zeigegesten und lautlicher Äußerung zum Ausdruck eines Wunsches)
Ca. 12–17 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungsbegleitende Äußerungen ▪ Intonation wird zum Ausdruck von Fragen und Äußerungen genutzt ▪ Bitten werden durch Zeigen oder Vormachen ausgedrückt ▪ Mimische Signale der Eltern werden interpretiert ▪ Absichten und Gefühle können sprachlich ausgedrückt werden ▪ Gegenstände können ausgetauscht werden
Ca. 18–24 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Um Hilfe kann gebeten werden ▪ Alltägliche Gegenstände und Handlungen können benannt werden ▪ Zunehmend verbale Äußerung von Bitten ▪ Intonation wird zum Ausdruck von Feststellungen genutzt ▪ Führen von Monologen ▪ Verwendung des Wortes „nein“ und „nicht“ zum Ausdruck der Eigenständigkeit ▪ Verbale Verabschiedungen und Begrüßungen

Alter	Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten
Ab ca. 2 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ereignisse und Situationen können beschrieben werden ▪ Fragen können gestellt werden ▪ Kind erwirbt die vollständige Gesprächssequenz ▪ Wiederholungen als Ausdruck des Wartens auf Reaktionen und Antworten ▪ Gezielte Ansprache von Personen ▪ Erwerb der Kategorie „Gespräch“ ▪ Konventionelle Gesprächseröffnungen kommen vor ▪ Verschiedene Sprechakte werden beherrscht: Ereignisse beschreiben, um Hilfe bitten, Fragen stellen, zustimmen, widersprechen, eine Absicht erklären ▪ Kommunikation ist noch an die präsente Situation gebunden ▪ Gemeinsamer Wissenshintergrund wird vorausgesetzt ▪ Kommunikative Erfolge können zunehmend beurteilt und auf sie reagiert werden
Ab ca. 3 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter und Status der Gesprächspartner werden zunehmend berücksichtigt ▪ Gesprächsführung wird beherrscht ▪ Strategien zur Eröffnung und Aufrechterhaltung von Gesprächen ▪ Über vergangene und zukünftige Ereignisse kann berichtet werden ▪ Erste, sehr kurze, unzusammenhängende Geschichten werden erzählt ▪ Verschiedene Emotionen können ausgedrückt werden ▪ Beginn der Berücksichtigung des Zuhörerwissens ▪ Geforderte Antworten werden zuverlässig gegeben ▪ Sprecherwechsel wird beherrscht ▪ Gespräche werden länger ▪ Äußerungen werden zunehmend auf vorherige bezogen
Ab ca. 4 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unabhängigkeit der Kommunikation von der gegenwärtigen Situation und Handlung ▪ Kinder können sich einer Konversation von anderen Personen anschließen ▪ Schemata von Geschichten werden aufgebaut, Kind kann Nacherzählungen leisten
Ca. 4–6 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metasprachliche und metakommunikative Fähigkeiten werden erworben ▪ Möglichkeit der flexiblen Rollenübernahme im Spiel
Ca. 7–10 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verständnis für ironische Äußerungen ▪ Adäquate Reaktion auf idiomatische Sprache ▪ Empathische Gesprächsführung entwickelt sich ▪ Individuelle kommunikative Bedürfnisse verschiedener Kommunikationspartner werden berücksichtigt ▪ Öffentliche Gespräche mit anonymen Personen können geführt werden

2.2.3 Pragmatisch-kommunikative Störungen

2.2.3.1 Definition und Begrifflichkeiten

Rapin und Allen (1983) führten in ihrem Klassifikationsschema zu Sprachentwicklungsstörungen (Tabelle 8) erstmals den Klassifikationsbegriff „semantic pragmatic deficit disorder“ (semantisch-pragmatisches Syndrom) mit folgenden Kennzeichen ein: Gesprächigkeit, Sprachverständnisschwierigkeiten, Wortfindungsstörungen, atypische Auswahl von Wörtern, unauffällige Phonologie und Syntax, inadäquate Gesprächsführung, keine direkte Ansprache, häufige Themenwechsel, wenig gezieltes Antworten.

Tabelle 8 Klassifikationsschema zu Sprachentwicklungsstörungen (Rapin & Allen 1983)

Mixed receptive/expressive disorders
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Verbal auditory agnosia (VAA)</i>: profoundly impaired comprehension deficit because of very deficient phonologic decoding with resultant severe expressive deficit. Children are nonverbal or have very limited expression with defective phonology. More frequent in autistic than DLD children. ▪ <i>Phonologic/syntactic deficit disorder</i>: comprehension equal to or better than production which is impoverished, with short, often ungrammatical utterances, impaired phonology, and a limited vocabulary. The most prevalent variant of DLD. Occurs in both DLD and AD children
Expressive disorders (comprehension normal or near normal; not seen in autistic children)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Verbal dyspraxia</i>: extremely dysfluent subtype with sparse output and very poor phonology. ▪ <i>Speech programming deficit disorder</i>: fluent subtype with jargon.
Higher order processing disorders
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Lexical deficit disorder</i>: severe word finding deficits and comprehension difficulty for connected speech. Spontaneous language superior to language on demand. Inadequate formulation of discourse. Early on, jargon, pseudo-stuttering because of word-finding deficit, and simplified syntax, are frequent. Later, phonology and syntax unimpaired. Occurs in both DLD and AD children ▪ <i>Semantic pragmatic deficit disorder</i>: verbosity with comprehension deficits for connected speech. Word finding deficits and atypical word choices frequent. Phonology and syntax unimpaired. Inadequate conversational skills: speaking aloud to no one in particular, poor maintenance of topic, answering besides the point of question. Most prevalent in verbal autistic children with whom it may be associated with conspicuous verbal and nonverbal pragmatic deficits, immediate and delayed echolalia, and verbal perseveration. Less frequent in DLD, seen in Williams syndrome and hydrocephalus.

Nach dem von Rapin und Allen (1983) entworfenen Klassifikationsschema (Tabelle 8) können Sprachentwicklungsstörungen auf drei Ebenen verortet werden: Störungen auf höherem Level, expressive Störungen sowie rezeptiv-expressive Störungen. Das semantisch-pragmatische Syndrom zählt zu den Störungen höheren Levels und kann bei Kindern mit organischen Störungen, mit dem Hydrocephalus- oder Williams-Syndrom so-

wie bei Kindern mit Störungen des Autismusspektrums auftreten (vgl. Glück 2007). In einer eigenen Untersuchung fanden Rapin und Allen (1987) Hinweise, dass das semantisch-pragmatische Syndrom zwar häufig Teilsymptom einer Autismus-Spektrum-Störung ist, jedoch auch ohne diese auftreten kann.

Cummings (2009) differenziert zwischen entwicklungsbedingten Pragmatikstörungen und erworbenen Pragmatikstörungen. Zu der ersten Kategorie zählen pragmatisch-kommunikative Störungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, mentale Retardierungen sowie emotionale und Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Cummings 2009, S. 41), wohingegen in die letzte Kategorie pragmatisch-kommunikative Störungen aufgrund von links- und rechtshemisphärischen Läsionen, Schizophrenie, Schädel-Hirn-Trauma sowie neurodegenerativen Dysfunktionen fallen (vgl. Cummings 2009, S. 88). Dass pragmatische Kommunikationsstörungen auch ohne erkennbaren Zusammenhang existieren können, berücksichtigt Cummings (2009) nicht.

Sowohl Rapin und Allen (1983) als auch Cummings (2009) gehen auf einen möglichen Zusammenhang von Sprachentwicklungsstörungen und pragmatisch-kommunikativen Störungen ein. Dieser Zusammenhang wird seit vielen Jahren diskutiert und wirft Fragen auf. Auf der einen Seite sehen die Definitionskriterien für die „typischen“ SSES-Kinder vor, dass die nonverbalen Fähigkeiten der Kinder innerhalb der Altersnorm liegen (vgl. AWMF 2011) bzw. eine deutliche Diskrepanz zu den sprachstrukturellen Kompetenzen zu beobachten ist (vgl. Grimm 2012), auf der anderen Seite können Einschränkungen im pragmatisch-kommunikativen Bereich auch bei SSES-Kindern beobachtet werden. Bei manchen SSES-Kindern stehen die pragmatisch-kommunikativen Störungen im Verhältnis zu den strukturellen Störungen sogar im Vordergrund. Fraglich ist, ob es sich bei Kindern mit pragmatisch-kommunikativen Störungen um eine Subgruppe von SSES-Kindern handelt, diese Auffälligkeiten aus den zugrunde liegenden sprachstrukturellen Störungen resultieren und somit vor allem sekundärer Natur sind oder ob Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Störungen dem autistischen Spektrum zugeordnet werden müssten (vgl. Bishop 2000).

Bishop und Rosenbloom (1987) führten in Anlehnung an die Ergebnisse von Rapin und Allen (1987) für Kinder mit relativ guten Fähigkeiten im sprachstrukturellen Bereich, allerdings großen Problemen im pragmatisch-kommunikativen Bereich, den Begriff „semantic pragmatic disorder“ (semantisch pragmatische Störung) ein zur Beschreibung eines Subtyps von SSES (vgl. Bishop 2000). Diese Kinder verfügen über einen normalen nonverbalen IQ, weisen keine organischen Störungen auf und erfüllen nicht die Kriterien für Autismus. Bewusst wählten sie den Begriff der „Störung“ und

nicht des „Syndroms“ um zu verdeutlichen, dass „diese Erkrankung kein eigenständiges, kategorial abzugrenzendes Syndrom ist, sondern eher eine Störung der Sprache, die sich dimensional von schweren bis zu leichten Formen ausprägt“ (Degner 2013, S. 87).

Da semantische und pragmatische Probleme nicht notwendigerweise zusammen auftreten müssen, wurde der Begriff „semantic-pragmatic-disorder“ durch „pragmatic language impairment“ ersetzt (vgl. Bishop 2000). Während in der Literatur noch kontrovers diskutiert wird, ob Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Störungen der Gruppe der Kinder mit SSES oder dem autistischen Kontinuum zugeordnet werden sollen, plädiert Bishop (2000) auf Basis der Studienergebnisse von Conti-Ramsden und Crutchley (1997), wonach Störungen im pragmatischen Bereich auch im Kontext unauffälliger struktureller Fähigkeiten auftreten können, für die Existenz einer Zwischenform (vgl. Bishop 2000; Dohmen 2009; Kannengieser 2009). Die Begrifflichkeit „pragmatic language impairment“ soll verdeutlichen, dass Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Störungen existieren, die weder die typischen SSES-Kinder sind noch in das autistische Spektrum passen (vgl. Bishop 2000; Möller & Ritterfeld 2010). Zu den „typischen“ SSES-Kindern zählen sie nicht, da ihre nonverbalen Fähigkeiten nicht im Normalbereich liegen, die Sprachverwendung mehr betroffen ist als die formalsprachliche Ebene und zusätzlich Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion und/oder den Interessen vorliegen. Gleichzeitig erfüllen sie jedoch auch nicht die Diagnosekriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung. Die Heterogenität der Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Störungen bildet Bishop (2000) anhand des folgenden Modells ab:

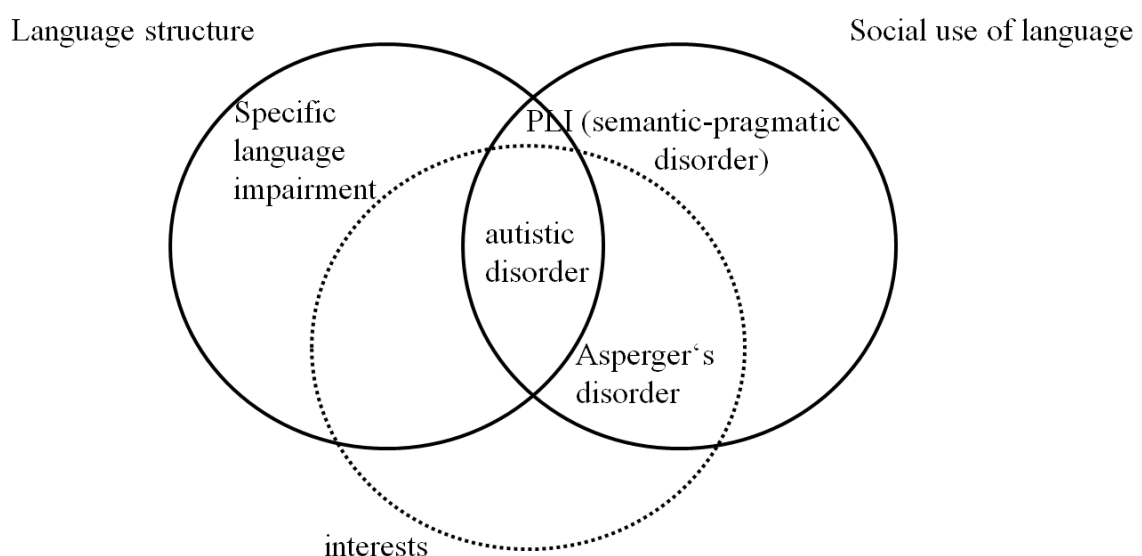


Abbildung 3. Pragmatisch-kommunikative Störungen in Bezug auf spezifische Sprachentwicklungsstörungen und Autismus (nach Bishop 2000, S. 110)

Im Bereich der pragmatisch-kommunikativen Störungen kann heute nicht mehr von einer scharfen Trennlinie zwischen Autismus und spezifischer Sprachentwicklungsstörung ausgegangen werden. Vielmehr weisen pragmatisch gestörte Kinder in verschiedenen Dimensionen ein Mehr oder Weniger an Auffälligkeiten auf (vgl. Bishop 1998; Bishop 2000; Bishop & Norbury 2002; Glück 2007; Leyfer et al. 2008; Pickles, St Clair & Conti-Ramsden 2013). Leyfer et al. (2008) fassen die Überschneidung im pragmatisch-kommunikativen Bereich zwischen Autismus und der spezifischen Sprachentwicklungsstörung wie folgt zusammen:

This continuum of pathology between SLI and autism appears to range from structural language abnormalities as seen in individuals with SLI to individuals with SLI with both structural and social abnormalities to individuals with autism with pragmatic impairment and language abnormalities. (S. 284)

Während in der ICD-10 pragmatisch-kommunikative Störungen noch nicht als eigenständige Störung, sondern ausschließlich als Bestandteil verschiedener Störungen erfasst sind, finden die Studienergebnisse der letzten Jahre in der fünften Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5; Falkai & Wittchen 2015) Berücksichtigung. Erstmals wird der Begriff „Soziale (pragmatische) Kommunikationsstörung“ als eigenständige Diagnosekategorie aufgeführt (vgl. Dohmen et al. 2009; Falkai & Wittchen 2015; Kannengieser 2009; Möller & Ritterfeld 2010).

Pragmatisch-kommunikative Störungen können somit als eigenständiges Störungsbild oder nach Schädel-Hirn-Traumata, bei Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS), autistischen Störungen, sozial-emotionalen Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung und Spracherwerbsstörungen auftreten. Dementsprechend verstehen Möller und Ritterfeld (2010) pragmatische Störungen als einen „deskriptiven Begriff“, der Kinder charakterisiert, „deren Fähigkeiten, Gemeintes oder Gesagtes situationsbezogen angemessen zu ent- oder verschlüsseln, eingeschränkt ist“ (S. 87).

2.2.3.2 Prävalenz

Aufgrund der uneinheitlichen Diagnosekriterien und differenzialdiagnostischen Abgrenzungskriterien ist es derzeit nicht möglich, Aussagen zur Häufigkeit von pragmatisch-kommunikativen Störungen zu treffen (vgl. Achhammer 2014a, S. 210). In einer Untersuchung von Conti-Ramsden et al. (2001) wiesen 14 % der elfjährigen Kinder mit

einer SSES unterdurchschnittliche pragmatische Fähigkeiten auf. Deutlich höher war der Anteil in der Gruppe von Kindern mit allgemeinen Sprachentwicklungsstörungen. 22 % waren hier von pragmatisch-kommunikativen Störungen betroffen. In der Gruppe der Kinder mit überwundenen Sprachentwicklungsstörungen bis zum Alter von elf Jahren wiesen noch 30 % pragmatisch-kommunikative Störungen auf. Auch Farmer und Oliver (2005) setzten die CCC zur Überprüfung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten ein. In der Gruppe der Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (Durchschnittsalter: 9.8 Jahre) lag bei nur zwei von 19 Kindern (11 %) der Wert der pragmatischen Gesamtskala unter 133. In einer Untersuchung von Sarimski, Röttgers und Hintermair (2015) erreichten 37 % der achtjährigen sprachentwicklungsgestörten Kinder einen unterdurchschnittlichen Gesamtwert in der CCC.

2.2.3.3 Symptomatik

Pragmatische Störungen kennzeichnen nach Glück (2007) „Auffälligkeiten in der Sprachverwendung von Kindern und Jugendlichen [...]. Die Auffälligkeiten resultieren aus einer mangelnden Anpassung der Sprachverwendung an den jeweiligen Kontext. Die Äußerungen erscheinen unangemessen. Diese mangelnde Angemessenheit kann sich sowohl auf den sozialen Kontext (z. B. mit Problemen in der Dialoggestaltung), auf den sachlichen Kontext (z. B. mit Problemen der Thema-Rhema-Strukturierung) als auch auf den sprachlichen Kontext (z. B. mit Problemen der eindeutigen Herstellung von Referenzen durch Pronomina) beziehen“ (S. 247).

Ptok (2005) nimmt bei der Beschreibung der Symptomatik Bezug auf die Sprachentwicklungsstörungen und schreibt, dass „das Kernproblem der betroffenen Kinder nicht der Erwerb der formalen Sprachelemente wie Lauterwerb und Morphosyntax ist. Sie haben vielmehr Schwierigkeiten, Sprachmittel angemessen zu benutzen [...]“ (S. 979).

Auch im DSM-5 (Falkai & Wittchen 2015) wird bei der Beschreibung der diagnostischen Merkmale die soziale (pragmatische) Kommunikationsstörung von den Sprachentwicklungsstörungen abgegrenzt.

Die Soziale (Pragmatische) Kommunikationsstörung ist durch primäre Schwierigkeiten im pragmatischen oder sozialen Gebrauch von Sprache und Kommunikation gekennzeichnet. Diese zeigen sich beim Verständnis oder beim Beachten sozialer Regeln für verbale und nonverbale

Kommunikation in natürlichen Kontexten, bei der Anpassung der Sprache an die Bedürfnisse des Zuhörers oder an Situationen und beim Beachten von Regeln in Konversationen und beim Erzählen. Diese sozialen Kommunikationsdefizite führen zu funktionellen Beeinträchtigungen in der Kommunikation, bei der sozialen Teilhabe, beim Aufbau sozialer Beziehungen sowie in der schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit. Die Defizite können nicht besser durch mangelnde strukturelle Sprachfertigkeiten oder mangelnde kognitive Fähigkeiten erklärt werden. (S. 62)

Auf Grundlage der Subskalen der Children's Communication Checklist-2 (CCC-2) von Bishop (2003) erfolgt im Folgenden (Tabelle 9) eine allgemeine Symptombeschreibung pragmatisch-kommunikativer Störungen.

Tabelle 9 *Symptome pragmatisch-kommunikativer Störungen*

Subskalen CCC-2	Symptome
Semantik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wortfindungsprobleme/Wortschatzdefizite (Ketelaars et al. 2010) ▪ Wählen ungewöhnlicher Worte (Ptok 2005) ▪ Keine Anpassung des Redestils oder der Wortwahl an den Gesprächspartner (Kannengieser 2009)
Kohärenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Wissensstand des Gesprächspartners wird nicht ausreichend berücksichtigt (Bishop & Norbury 2002) ▪ Mangelnde Kohärenz in den Gesprächsbeiträgen (Kannengieser 2009)
Initiieren von Gesprächen/ Gesprächsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwierigkeiten beim Diskurswechsel (Adams & Bishop 1989) ▪ Häufige Themenwechsel (Adams & Bishop 1989; Ptok 2005) ▪ Wahllose Ansprache von Menschen (Kannengieser 2009) ▪ Hohe Redeanteile (Bishop, Hartley & Weir 1994; Kannengieser 2009) ▪ Unterbrechung des Gesprächspartners (Kannengieser 2009; Adams & Bishop 1989) ▪ Geben zu wenige/zu viele Informationen (Bishop & Adams 1989) ▪ Probleme beim Turn Taking (Adams & Bishop 1989)
Stereotype Sprache	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwenden stereotype Äußerungen (Bishop & Adams 1989) ▪ Echolalien (Kannengieser 2009)
Kontextgebrauch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verstehen wörtliche oder implizit geäußerte Beiträge nicht (Bishop & Adams 1989; Ptok 2005; Ryder, Leinonen & Schulz 2008)

Subskalen CCC-2	Symptome
Nonverbale Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schauen Gegenüber beim Reden nicht an (Ptok 2005) ▪ Auffälligkeiten in den nonverbalen Fähigkeiten (Osman, Shohdi & Aziz 2011) ▪ Abnormale Prosodie (Bishop & Norbury 2002) ▪ Setzen nonverbale Kommunikationsmittel ein (Bishop & Norbury 2002) ▪ Schwierigkeiten bei verschiedenen Aspekten der Emotionserkennung (Timler 2005)
Soziale Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhalten sich sozial (Bishop & Norbury 2002) ▪ Auffälligkeiten in der Peer-Interaktion (Botting & Conti-Ramsden 1999; Gibson, Adams, Lockton & Green 2013)
Interessen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fokussierung von Spezialthemen (Bishop & Norbury 2002) ▪ Keine repetitiven Verhaltensweisen (Bishop & Norbury 2002)

Dohmen (2009) beschreibt fünf charakteristische Profile eingeschränkter kommunikativer Kompetenz (Tabelle A. 3). Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Störungen (bei sonst relativ guten sprachstrukturellen Fähigkeiten und keiner Erfüllung der Kriterien für die Autismus-Spektrum-Störung) werden von Dohmen (2009) im Profil 3 (keine altersgemäßen sprachlich-pragmatischen Fähigkeiten) vorgestellt. In den Profilen 2 (keine altersgemäßen sprachsystematischen kommunikativen Ressourcen), 4 (kein altersgemäßes sozial-kompetentes kommunikatives Verhalten), und 5 (dauerhaft stark eingeschränkte kommunikative Ressourcen) geht Dohmen (2009) auf Kinder ein, die neben pragmatisch-kommunikativen Störungen komorbide Auffälligkeiten zeigen, z. B. allgemeine oder spezifische Sprachentwicklungsstörungen, die Autismus-Spektrum-Störung oder allgemeine Entwicklungsstörungen. Unter Profil 1 (verzögerte kommunikative Kompetenz) fallen junge Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Auffälligkeiten, die auch von einer Sprachentwicklungsverzögerung oder Sprachentwicklungsstörung betroffen sein können.

2.2.3.4 Zusammenhänge zwischen pragmatisch-kommunikativen Störungen und spezifischen Sprachentwicklungsstörungen

Anhand der unterschiedlichen Profile wurde deutlich, dass pragmatisch-kommunikative Störungen als komorbide oder Folgestörung bei Kindern mit spezifischen Sprachent-

wicklungsstörungen bestehen können. Im Folgenden werden mögliche Zusammenhänge von pragmatisch-kommunikativen Störungen und spezifischen Sprachentwicklungsstörungen dargestellt. Hartmann (2002) betont, dass die Forschungsarbeiten zu den pragmatischen Fähigkeiten sprachentwicklungsgestörter Kinder bisher „uneinheitlich“ ausfielen (vgl. S. 138). Folgende Zusammenhänge zwischen einer SSES und pragmatisch-kommunikativen Störungen sind denkbar:

Die pragmatischen Defizite können Folge eines formalsprachlichen Problems sein.

In einer Untersuchung von Conti-Ramsden et al. (2001) wiesen 14 % der elfjährigen Kinder mit SSES unterdurchschnittliche pragmatische Fähigkeiten auf. Nach Weigl und Reddemann-Tschaikner (2009) besteht ein enger Zusammenhang zwischen formalsprachlichen und pragmatischen Fähigkeiten (vgl. S. 46). Aus den unzureichenden formalsprachlichen Fähigkeiten entwickeln sich pragmatisch-kommunikative Störungen.

Die pragmatischen Defizite sind keine bloße Folge der formalsprachlichen Probleme.

Dieser Standpunkt wird insbesondere von Cummings (2009) vertreten. Nach der Sichtung verschiedener Studien kommt er zum Schluss: „Pragmatic difficulties in SLI are not merely a consequence of structural language problems“ (S. 46). Die sprachentwicklungsgestörten Kinder zeigten pragmatische Auffälligkeiten, die in keinem Zusammenhang standen mit den formalsprachlichen Problemen (z. B. unpassende Reaktionen im Gespräch, inadäquate/unpassende Antworten, Probleme bei der Erfassung impliziter Bedeutungen) (vgl. S. 45 f.).

Die pragmatischen Defizite bestehen bei intakten formalsprachlichen Fähigkeiten.

Conti-Ramsden et al. (2001) untersuchten die Entwicklung von Kindern einer Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache nach vier Jahren. Im Alter von elf Jahren hatten 23 von 200 Kindern die sprachlichen Schwierigkeiten überwunden, sieben zeigten allerdings noch Auffälligkeiten in der CCC. Verbesserte sprachstrukturelle Fähigkeiten müssen somit nicht automatisch zu guten kommunikativen Fähigkeiten führen. Auch in der Untersuchung von Crespo-Eguilaz und Narbona (2006) mit 86 SSES-Kindern im

Alter von vier bis neun Jahren hatten 21 % der Kinder Probleme im pragmatischen Gebrauch von Sprache bei durchschnittlichen formalsprachlichen Fähigkeiten.

Die pragmatischen Fähigkeiten sind trotz beeinträchtigter Sprachverwendung unauffällig.

Die Diagnosekriterien einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung verlangen unauffällige nonverbale Kommunikationsfähigkeiten bzw. eine Diskrepanz zu den formalsprachlichen Kompetenzen (vgl. AWFM 2011, S. 26; Grimm 2012). In einer Untersuchung von Bishop (1998) wiesen 37 von 59 sprachbehinderten Kindern (63 %) im Alter von acht bis zehn Jahren keine pragmatisch-kommunikativen Störungen auf.

Die pragmatischen Fähigkeiten stellen eine Stärke der Kinder mit ausgeprägten formalsprachlichen Defiziten dar (vgl. Glück 2007, S. 248).

Begründet werden kann die Annahme der pragmatischen Fähigkeiten als Stärke sprachbehinderter Kinder durch die nach Grimm (2012) häufig zu beobachtende Diskrepanz zwischen Schwierigkeiten in dem Bereich Syntax/Morphologie und den Fähigkeiten in den Bereichen Semantik und Pragmatik (vgl. S. 99). Zur Kompensation der Sprachentwicklungsstörung entwickeln die Kinder eine besondere Stärke auf pragmatisch-kommunikativer Ebene (vgl. Dohmen 2009; Kannengieser 2009, S. 276). Nach Cummings (2009) ist diese Auffassung ein Irrtum (vgl. S. 45).

In den beiden folgenden Kapiteln werden die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern näher betrachtet. Dabei wird der Versuch unternommen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen von typischen SSES-Kindern und Kindern mit pragmatisch-kommunikativen Störungen aufzudecken.

2.2.3.5 Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern

Die Symptombeschreibung in Tabelle 9 (S. 83) erfolgte auf Basis von Untersuchungen und Übersichtsarbeiten mit pragmatisch-kommunikativ gestörten Kindern. Im Gegensatz dazu werden im Folgenden ergänzend Untersuchungsergebnisse vorgestellt, welche

speziell die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern mit denen sprachgesunder Kinder vergleichen, d. h., bei diesen sprachentwicklungsgestörten Kindern lag keine diagnostizierte pragmatisch-kommunikative Störung vor. Studien zu den Erzählfähigkeiten von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern werden nicht vorgestellt, da diese erstens für die vorliegende Untersuchung keine Rolle spielen und zweitens Norbury und Bishop (2003) keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der CCC und Tests zur Erzählfähigkeit feststellten.

Die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern überprüften im deutschen Sprachraum Sarimski et al. (2015) mit der deutschen Version der CCC. Die größten Probleme spezifisch sprachentwicklungsgestörter Kinder lagen im Initiieren von Gesprächen, gefolgt von Schwierigkeiten in der Abstimmung auf den Kontext und im Beziehungsverhalten. Auffälligkeiten in den sozialen Beziehungen zeigten 15 % der Schüler sowie Gesprächsstereotypen 7 % der Kinder. Eine mangelnde Kohärenz im Gespräch wurde bei keinem Kind beobachtet. Auffällige Werte in der pragmatischen Gesamtskala erreichten 37 % der Kinder. Kinder mit Artikulationsschwierigkeiten schnitten in den Skalen „Initiierung von Gesprächen“ und „Kohärenz“ sowie dem pragmatischen Gesamtscore signifikant schlechter ab als Kinder mit guten phonetisch-phonologischen Fähigkeiten. Die syntaktischen Fähigkeiten und das Geschlecht der Kinder hatten keinen Einfluss auf die pragmatisch-kommunikative Entwicklung wie auch der Bildungshintergrund der Eltern und das Vorliegen eines Migrationshintergrundes.

Osman et al. (2011) nutzten das „Arabic Pragmatic Screening Tool“ zum Vergleich der pragmatischen Fähigkeiten von 30 sprachgesunden und 30 sprachentwicklungsgestörten Kindern im Alter zwischen vier und sechs Jahren. Die Autoren stellten fest, dass einige der Schwierigkeiten von sprachentwicklungsgestörten Kindern aus deren geringeren expressiven Fähigkeiten resultierten, während andere tatsächliche pragmatische Defizite widerspiegeln. Die SSES-Kinder hatten Schwierigkeiten im Verständnis von Fragen, insbesondere von Fragen mit Wie und Warum. Auch fiel ihnen die Beschreibung von Emotionen aufgrund der begrenzten Fähigkeit zur Interpretation von Gesichtsausdrücken und geringeren expressiven Fähigkeiten schwer. Weiterhin wurden Defizite bei der Einleitung von Gesprächen beobachtet. Die SSES-Kinder bevorzugten die passive Gesprächsrolle, und es mussten zielgerichtet Fragen an die Kinder gestellt werden, um sie in das Gespräch zu involvieren. Das Fehlen von Selbstvertrauen und eine scheuere Art könnten nach Auffassung der Autoren diese Beobachtung erklären.

Bei der Beschreibung und Erklärung von Geschehnissen gebrauchten die sprachentwicklungsgestörten Kinder kürzere Sätze, es fehlten Pronomen, Verknüpfungen, Kohäsionen, Konjunktionen, eingebettete Nebensätze sowie Relativpronomen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Darüber hinaus fiel es den sprachentwicklungsgestörten Kindern schwer, die wichtigen Aussagen eines Gespräches zu extrahieren. Sprachentwicklungsgestörte Kinder tendierten eher dazu, sich im Detail zu verlieren. Geringere Fähigkeiten fanden die Autoren außerdem in der Inferenzbildung, sozialen Interaktion, im Aufbau eines zusammenhängenden Gesprächs und der Produktion eines interaktiven Dialogs. Die SSES-Kinder zeigten zudem Fehler in der Wort- und Satzstellung, hatten ein geringeres Vokabular und semantisches Wissen. Sie verfügten über geringere soziale Fähigkeiten und waren in den Peer-Beziehungen benachteiligt. Dies spiegelt sich auch in der Zufriedenheit mit den Peer-Beziehungen wider. Bei den Gesamtwerten stellten sich in allen überprüften Bereichen (u. a. nonverbale Fähigkeiten) signifikante Unterschiede zwischen den sprachgesunden und sprachentwicklungsgestörten Kindern ein.

Schlamp et al. (2003, S. 144 f.) untersuchten die spontansprachlichen Fähigkeiten von 20 Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 16 Jahren mit einer gut dokumentierten Vorgeschichte von SSES. Den Jugendlichen gelang die Anpassung ihres Sprachstils an die Situation und den Kontext. Auch versuchten sie komplexe Strukturen zu verwenden. Dabei kam es allerdings zu vielen Fehlern. Beim Erzählen zu einer Bildvorlage fielen die Jugendlichen durch „falsche Bezüge, aneinandergereihte Gedankengänge, fehlende Satzgrenzen, Gedankensprünge, logische Brüche und eine unvollständige Darstellung von Sachverhalten“ auf (S. 144). Grammatische Beeinträchtigungen wurden durch Satzstellungsfehler, Kongruenzfehler sowie fehlerhafte Präpositionalphrasen offensichtlich, semantisch-lexikalische Defizite durch eine niedrige Anzahl von Adjektiven sowie eine unausgeglichene Typen-Token-Relation. Insgesamt verwendeten die Jugendlichen einen einfachen, parataktischen Satzbau, der von Umstellungen, Auslassungen und Abbrüchen gekennzeichnet war. Die Autoren betonen allerdings, dass die Spontansprache der Jugendlichen zunächst auf keine erheblichen sprachlichen Mängel hinwies, sondern die Fehler erst in der Transkription auffällig wurden, weshalb die Forschungsgruppe festhält, dass „bei den Jugendlichen mit SSES trotz scheinbarer Unauffälligkeiten gravierende spontansprachliche Defizite“ vorliegen (S. 145).

Deutlich positiver fallen demgegenüber die Ergebnisse von Rollins, Conti-Ramsden und Snow (1994) aus. Die Arbeitsgruppe verglich die kommunikativen Fähigkeiten von sprachentwicklungsgestörten Kindern mit einer sprachgesunden Kontrollgruppe mit gleicher MLU (Mean Length of Utterance). Untersucht wurden der soziale Austausch,

der Sprechakt und das Gespräch anhand einer freien Spielsituation zwischen Mutter und Kind. In Bezug auf das Gesprächslevel fanden die Autoren heraus, dass vier von fünf SSES-Kindern nicht passiver waren als die Kinder der jüngeren sprachgesunden Kontrollgruppe. Die SSES-Kinder eröffneten häufiger das Gespräch als die jüngeren sprachgesunden Kinder. Die Autoren führten diesen Unterschied auf das geringere Alter der sprachgesunden Kinder zurück. Auch die zu beobachtenden Sprechakte ähnelten sich. Der soziale Austausch/die Interaktion gestaltete sich zwischen den Müttern mit sprachgesunden und sprachentwicklungsgestörten Kindern ebenfalls ähnlich, wobei Rollins et al. (1994) Hinweise auf eine kognitiv anspruchsvollere Interaktion in der Gruppe der sprachentwicklungsgestörten Kinder und deren Mütter fanden. Darüber hinaus betonen die Autoren, dass es den SSES-Kindern besser gelang, eine Bandbreite an Sprechakten im Rahmen des Austauschs mit der Mutter zu bewältigen, im Gegensatz zu den jüngeren sprachgesunden Kindern.

Ford und Milosky (2003) untersuchten die Fähigkeit sprachentwicklungsgestörter Kinder zur Interpretation nichtverbaler Informationen bzw. Emotionen. In der Wahrnehmung von Gesichtsausdrücken wurden bei sprachentwicklungsgestörten Kindern keine Auffälligkeiten beobachtet, allerdings hatten die Kinder deutliche Schwierigkeiten in der Vorhersage eines Gesichtsausdrucks. Die Autoren gehen davon aus, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder Schwierigkeiten in der Analyse von Beziehungen haben und die pragmatisch-kommunikativen Auffälligkeiten nicht allein auf formalsprachliche Defizite zurückzuführen sind.

MacLachland und Chapman (1988) gingen den Fragen nach, ob SSES-Kinder häufiger Kommunikationsabbrüche zeigen und ob sich die Art der Abbrüche zwischen SSES-Kindern und sprachgesunden Kindern unterscheidet. Als Kontrollgruppe fungierten sieben sprachgesunde Kinder gleichen Alters (neun bis elf Jahre) und sieben Kinder mit gleicher MLU. Verglichen mit den beiden Kontrollgruppen, zeigten die sprachentwicklungsgestörten Kinder eine signifikant höhere Rate an Kommunikationsabbrüchen pro Kommunikationseinheit. In allen Gruppen zeigte sich, dass die Äußerungslänge Auswirkungen hatte auf die Häufigkeit von Abbrüchen. Keine Gruppenunterschiede wurden in der Art der Abbrüche beobachtet.

Mit der adäquaten Beantwortung von Fragen während eines Gesprächs setzten sich Rocha und Befi-Lopes (2006) auseinander. Hierzu untersuchten sie 16 SSES-Kinder und 60 Kinder mit normaler sprachlicher Entwicklung im Alter zwischen drei und fünf Jahren. SSES-Kinder gaben signifikant häufiger als die Vergleichsgruppe inadäquate Antworten. Während in der Vergleichsgruppe die inadäquaten Antworten mit dem Alter

abnehmen, blieben die Probleme in der SSES-Gruppe bis zum Alter von sechs Jahren bestehen.

Harden (1989) beschreibt die Sprechweise dysgrammatischer Kinder als „völlige Ökonomisierung und Vermeidung jeglicher Redundanz“ (S. 151). Obwohl die Kinder nur eine „rudimentäre Form“ des Sprachsystems beherrschen, gelingt nach Hardern (1989) meist dennoch die Kommunikation (vgl. S. 152).

Hinweise auf Auffälligkeiten in den sozial-interaktiven Fähigkeiten fanden Cantwell und Baker (1989), Durkin und Conti-Ramsden (2007), Fujiki, Brinton und Todd (1996), Fujiki et al. (1997), Fujiki et al. (1999), Gertner, Rice und Hadley (1994), Knox und Conti-Ramsden (2003) sowie Rice, Sell und Hadley (1991). In der Untersuchung von Cantwell und Baker (1989) beteiligten sich 43 % der Kinder nicht an der Kommunikation bzw. fragten nicht, ob sie teilnehmen dürften. 40 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder vermieden den direkten Blickkontakt sowie 73 % jegliche Teilnahme an Gruppenaktivitäten. 63 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder hatten keine Freunde, und 53 % fiel es schwer, sich Gleichaltrigen anzunähern.

Rice et al. (1991) verglichen die Interaktion von sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Vorschulkindern sowie Kindern mit Englisch als Zweitsprache. Sprachgesunde Kinder initiierten häufiger die Interaktionen und gaben längere Antworten. Zu ihnen wurde außerdem am häufigsten ein Kontakt aufgebaut. Demgegenüber initiierten Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen häufiger Gespräche mit Erwachsenen, formulierten kürzere Antworten und nutzten vermehrt nonverbale Hilfsmittel. Kinder mit Englisch als Zweitsprache initiierten am seltensten Interaktionen und wurden am meisten gemieden. Vorschulkinder sind nach diesen Ergebnissen sensibel für die sprachlichen Fähigkeiten anderer Kinder und passen ihre soziale Interaktion dementsprechend an.

Auch Gertner et al. (1994) stellten fest, dass die Beliebtheit bei Peers von den sprachlichen Fähigkeiten beeinflusst wird. Sprachgesunde Kinder waren die beliebtesten Interaktionspartner, während sprachentwicklungsgestörte Kinder und Kinder mit Englisch als Zweitsprache häufiger als unbeliebt oder wenig einflussreich eingestuft wurden. Der rezeptive Wortschatz erwies sich als bester Prädiktor für die Beliebtheit bei Peers.

Die Arbeitsgruppe um Fujiki untersuchte in verschiedenen Studien die Interaktion von sprachentwicklungsgestörten Kindern. Sprachentwicklungsgestörte Kinder hatten geringere soziale Fähigkeiten, geringere Peer-Beziehungen und waren weniger zufrieden mit den Interaktionen, an denen sie teilnahmen (vgl. Fujiki et al. 1996). Außerdem

zeigte sich, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder, verglichen mit einer sprach- sowie altersparallelisierten Kontrollgruppe, signifikant weniger Äußerungen produzierten und auch signifikant weniger Äußerungen an sie gerichtet wurden (vgl. Fujiki et al. 1997). Darüber hinaus gingen Fujiki und Mitarbeiter (1999) der Peer-Akzeptanz und den Freundschaften von sprachentwicklungsgestörten Kindern im Grundschulalter (6;9–10;7 Jahre) nach. Drei von acht SSES-Kindern waren unbeliebter als die sprachgesunde Kontrollgruppe, und fünf SSES-Kinder wurden nie als Freunde genannt.

Mit dem Jugendalter beschäftigten sich Durkin und Conti-Ramsden (2007). 120 sprachentwicklungsgestörte und 118 sprachgesunde 16-jährige Jugendliche nahmen an ihrer Studie teil. Jugendliche mit Sprachentwicklungsstörungen wiesen häufiger Freundschaften mit einer geringeren Qualität auf, wobei 60 % der SSES-Jugendlichen sich in ihren Freundschaften nicht von sprachgesunden Jugendlichen unterschieden. Anhand von längsschnittlichen Untersuchungen leiteten die Autoren ab, dass sich frühe Sprachentwicklungsstörungen negativ auf die Freundschaftsqualität im Jugendalter auswirken.

Knox und Conti-Ramsden (2003) untersuchten das Risiko für Ausgrenzungen und Hänseleien. Sie stellten fest, dass in der Gruppe sprachbehinderter Kinder das Risiko dreimal so hoch ist im Vergleich zur Gruppe nicht sprachbehinderter Kinder (36 % vs. 12 %). Die Autoren verglichen darüber hinaus das Risiko für Ausgrenzungen von sprachbehinderten Kindern an allgemeinen Schulen und Sonderschulen. Die Autoren konnten keine signifikanten Unterschiede beobachten.

Neben den sozial-interaktiven Fähigkeiten wurden von zahlreichen Autoren die kognitiven Ressourcen (Inferenzbildung, Theory of Mind, exekutive Funktionen) sprachentwicklungsgestörter Kinder untersucht. Osman et al. (2011) deckten in ihrer Untersuchung im Bereich der kognitiven Ressourcen Auffälligkeiten in der Fähigkeit zur Inferenzbildung auf. Farrar et al. (2009) und Lockl et al. (2004) setzten sich demgegenüber mit den Theory-of-Mind-Fähigkeiten auseinander. Im Zentrum der Studie von Farrar et al. (2009) standen 34 sprachentwicklungsgestörte Vorschulkinder im Alter zwischen 42 und 65 Monaten. Nach den Ergebnissen der Arbeitsgruppe standen alle erhobenen sprachlichen Fähigkeiten (expressive Fähigkeiten, Morphosyntax, Komplementierung, Wortverständnis) in einem signifikanten Zusammenhang mit den ToM-Fähigkeiten. Regressionsanalysen deckten allerdings auf, dass bei sprachentwicklungsgestörten Kindern insbesondere grammatische Fähigkeiten eine entscheidende Rolle spielten. Sie hatten einen deutlich höheren Einfluss auf die ToM-Fähigkeiten als das Wortverständnis oder die Komplementierung. Auch Lockl et al. (2004) betonen die Bedeutsamkeit

sprachlicher Fähigkeiten für Theory-of-Mind-Leistungen. Die sprachlichen Leistungen dreijähriger Kinder stellten einen guten Prädiktor für die späteren Theory-of-Mind-Leistungen der vierjährigen dar. Eine umgekehrte Vorhersage war jedoch nicht möglich, d. h. die Theory-of-Mind-Fähigkeiten hatten keinen Einfluss auf die sprachliche Entwicklung. In Bezug auf die Subtests stellte sich heraus, dass die Subtests „Verstehen von Sätzen“ und „Morphologische Regelbildungen“ für die Vorhersage am besten geeignet waren. Der Einfluss von Sprachverständnisstörungen auf die Theory-of-Mind-Leistung wird ebenfalls von Clegg, Hollis, Mawhood und Rutter (2005) bestätigt. In ihrer Untersuchung schnitten ehemals sprachverständnisgestörte Männer im Alter von Mitte dreißig in allen drei überprüften Bereichen der Theory of Mind signifikant schlechter ab als die beiden Kontrollgruppen.

Als weitere kognitive Ressource gelten die exekutiven Funktionen. Zahlreiche Autoren analysierten die exekutiven Funktionen sprachentwicklungsgestörter Kinder und deckten in einigen Bereichen signifikante Unterschiede auf (vgl. Hoffmann & Gillam 2004; Noterdaeme, Amorosa, Mildnerberger, Sitter & Minow 2001; Marton 2008; Wittke, Spaulding & Schechtman 2013). Noterdaeme et al. (2001) untersuchten mithilfe der „Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung“ die Leistungen von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern, sprachgesunden Kindern und autistischen Kindern. Die Arbeitsgruppe stellte bei den SSES-Kindern Defizite in der auditiven Daueraufmerksamkeit, auditiven Aufmerksamkeitssteuerung und den exekutiven Funktionen fest. In Aufgabenstellungen, die eine geringe Daueraufmerksamkeit erforderten, stellten Noterdaeme et al. (2001) keine Unterschiede zwischen sprachgesunden und sprachentwicklungsgestörten Kindern im Alter von 12 bis 13 Jahren fest.

Marton (2008) kam in ihrer Untersuchung zu den exekutiven Funktionen von fünf bis sechs Jahre alten SSES-Kindern zum Schluss, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder insbesondere Schwierigkeiten im Lösen von Aufgaben mit hohen exekutiven Anforderungen haben. Schwächen stellte sie in der kognitiven Flexibilität (Aufmerksamkeitssteuerung) und der Inhibition (Impulskontrolle) fest. In der Untersuchung von Wittke et al. (2013) mit drei bis fünf Jahre alten Kindern stellten sich signifikante Unterschiede bei der kognitiven Flexibilität, nicht aber in der Impulskontrolle ein. Dieses widersprüchliche Ergebnis, verglichen mit der Untersuchung von Marton (2008), ist vermutlich auf die untersuchte Altersgruppe zurückzuführen. Bei Marton (2008) waren die Kinder durchschnittlich sechs Jahre, bei Wittke et al. (2013) hingegen knapp fünf Jahre. Nach Röthlisberger et al. (2010) treten Entwicklungsfortschritte in der Impulskontrolle zwischen sechs und acht Jahren ein, sodass sich mit hoher Wahrscheinlichkeit

erst ab diesem Alter Unterschiede bemerkbar machen. Bei Wittke et al. (2013) erreichten 16 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder einen auffälligen Gesamtwert im Test zur Erfassung der exekutiven Funktionen, während es nur 5 % der sprachgesunden Kinder waren. Eltern- und Lehrerinnenurteil unterschieden sich dabei nicht.

Mit dem räumlich-visuellen Gedächtnis setzten sich Hoffmann und Gillam (2004) auseinander. Den Kindern wurde zunächst eine räumlich-visuelle Aufgabe gestellt und anschließend diese Aufgabe mit der Aufforderung, die Farbe des Items zu benennen, kombiniert. In beiden Aufgaben schnitten die sprachentwicklungsgestörten Kinder schlechter ab als die Kinder der sprachgesunden Kontrollgruppe. Während bei der Kontrollgruppe in der Kombinationsaufgabe keine Leistungsabnahme beobachtet wurde, zeigte sich in bei den SSES-Kindern im Vergleich zu der rein räumlich-visuellen Aufgabe eine deutliche Verschlechterung. Sprachentwicklungsgestörte Kinder weisen demnach nicht nur in der phonologischen Schleife Defizite auf, sondern darüber hinaus im visuell-räumlichen Skizzenblock und den exekutiven Funktionen.

Die aufgeführten Studien weisen auf Schwierigkeiten von sprachentwicklungsgestörten Kindern in verschiedenen pragmatisch-kommunikativen Bereichen hin. Noch mal zusammengefasst, bestehen Auffälligkeiten in folgenden Bereichen (Tabelle 10).

Tabelle 10 *Pragmatisch-kommunikative Problembereiche sprachentwicklungsgestörter Kinder*

Verbal	Pragmatisch	Sozial	Kognitiv
▪ Artikulation	▪ Gebrauch von Gesten	▪ Teilnahme an	▪ Inferenzbildung
▪ Verständnis von Fragen	▪ Blickkontakt	Gruppenaktivitäten	▪ Theory of Mind
▪ Pronomen	▪ Deutung emotionaler Hinweise	▪ Akzeptanz	▪ Exekutive Funktionen
▪ Kohäsionen	▪ Abbrüche	▪ Freundschaftsqualität	
▪ Konjunktionen	▪ Kohärenz		
▪ Relativpronomen	▪ Einleitung von Gesprächen	▪ Häufigkeit an Freundschaften	
▪ Nebensätze	▪ Extraktion wichtiger Aussagen eines Gesprächs	▪ Initiierung von Interaktionen	
▪ Wort- und Satzstellung			
▪ Wortschatz	▪ Aufbau eines zusammenhängenden Gesprächs		
▪ Semantik	▪ Produktion eines interaktiven Dialogs		

Verbal	Pragmatisch	Sozial	Kognitiv
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erzählstruktur ▪ Herstellen von Bezügen ▪ Darstellung von Sachverhalten ▪ Analyse von Beziehungen ▪ Adäquate Antworten ▪ Darstellung des eigenen Gedankengangs 		

Anhand dieses tabellarischen Überblicks wird deutlich, dass einige Schwierigkeiten auf die formalsprachlichen Probleme sprachentwicklungsgestörter Kinder zurückzuführen sind, während andere unabhängig von der Sprachentwicklungsstörung bestehen und auf grundlegende Defizite in den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen sowie kognitiven Ressourcen hinweisen mit Auswirkungen auf die soziale Interaktion.

2.2.3.6 Abgrenzung pragmatisch-kommunikativer Störungen von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen

Zahlreiche Studien setzten sich mit der Frage der Abgrenzung von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen, der Autismus-Spektrum-Störung und pragmatisch-kommunikativen Störungen auseinander (vgl. Bishop 1998; Bishop & Norbury 2002). Bishop (1998) untersuchte die kommunikative Kompetenz von Kindern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache. Auf der Grundlage ihrer Ergebnisse teilte sie die sprachentwicklungsgestörten Kinder in drei Gruppen ein (vgl. S. 883):

- „Semantic-pragmatic, pure“
 - Verdachtsdiagnose „semantic pragmatic disorder“
 - Keine autistische Störung oder Asperger-Syndrom
- „Semantic-pragmatic, plus“
 - Verdachtsdiagnose „semantic pragmatic disorder“
 - Möglicherweise autistische Störungen oder Asperger-Syndrom
- „Other SLI“
 - Ausschließlich sprachliche Beeinträchtigungen (Sprachentwicklungsstörung, Verbale Entwicklungsdyspraxie, Sprachentwicklungsverzögerung)

- Keine pervasive Entwicklungsstörung, kein frühkindlicher Autismus, kein Asperger-Syndrom

Pragmatisch-kommunikative Störungen zeichnen sich im Vergleich zu Kindern mit rein sprachstrukturellen Auffälligkeiten durch folgende Merkmale aus:

- Bessere sprachstrukturelle Fähigkeiten (Sprechen, Syntax)
- Unangemesseneres Initiieren von Gesprächen
- Geringere Kohärenz
- Häufigere Gesprächsstereotypen
- Auffälligeres Beziehungsverhalten im Gespräch
- Kaum beschränkte Interessen oder mehr Schwierigkeiten im Bereich sozialer Beziehungen

Daneben setzte Bishop (1998) einen Wortbenennungstest, einen Test zur Überprüfung der psycholinguistischen Fähigkeiten, der Fähigkeit zum Nacherzählen, der rezeptiven grammatischen Fähigkeiten, einen Artikulationstest und einen IQ-Test ein. Zu signifikanten Zusammenhängen kam es ausschließlich zwischen dem Artikulationstest und dem pragmatischen Gesamtwert. Kinder mit geringen pragmatischen Fähigkeiten wiesen demnach eine relativ gute Artikulation auf. Das „Syndrom“ von Rapin und Allen (1983) konnte von Bishop (1998) somit nicht belegt werden, wobei sie schreibt, dass semantische und pragmatische Defizite durchaus in Kombination auftreten können. Der genannte Zusammenhang ist aber nicht grundsätzlich notwendig, weshalb der Begriff „pragmatisch-kommunikative Störung“ gegenüber dem der semantisch-pragmatischen Störung bevorzugt werden sollte.

Botting und Conti-Ramsden (1999) entdeckten folgende Unterschiede zwischen Kindern mit pragmatischen Kommunikationsstörungen und Kindern mit SSSES:

- Kinder mit PKS produzieren die ersten Wörter früher als Kinder mit SSSES.
- Kinder mit PKS zeigen in den Bereichen „Stereotype Sprache“, „Beziehungen“ und „Kontext“ größere Beeinträchtigungen.
- Die sozial-kommunikativen Fähigkeiten unterscheiden sich nicht.
- Kindern mit PKS gelingt die Peer-Interaktion schlechter.

Bishop und Norbury (2002) gingen ebenfalls der Frage nach, ob eine Gruppe von Kindern existiert, die pragmatisch-kommunikative Störungen aufweist, ohne die Kriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung oder eine „tiefgreifende Entwicklungsstörung – nicht anders bezeichnet“ (PDDNOS) zu erfüllen. Folgendes Klassifikationsschema entwickelten die Autoren (Abbildung 4):

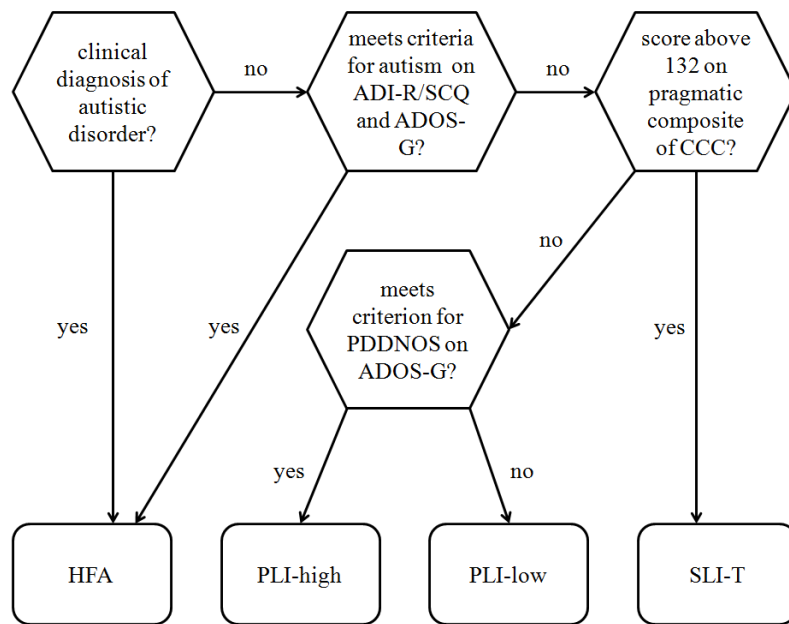


Abbildung 4. Klassifikationsschema pragmatischer Störungen (nach Bishop & Norbury 2002, S. 924)

Nach Bishop und Norbury (2002) existieren sogenannte „nonautistic children with PLI“ (Pragmatic Language Impairment) mit folgenden Merkmalen (S. 927):

- Neigung zu sozialem Verhalten
- Gesprächigkeit
- Nutzung der verbalen wie auch nonverbalen Kommunikation
- Stereotype Sprache
- Abnormale Intonation und Prosodie
- Selten eine Bevorzugung von bestimmten Themen
- Gute wechselseitige soziale Interaktion
- Meist keine repetitiven Verhaltensweisen

Bei Gibson et al. (2013) unterschieden sich Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen von Kindern mit pragmatisch-kommunikativen Störungen wie folgt:

- Kinder mit PKS zeigten größere Probleme in der Peer-Interaktion als Kinder mit SSES.
- Kinder mit PKS hatten bessere expressive Fähigkeiten als Kinder mit SSES.
- Zwischen PKS und SSES bestehen in den Bereichen repetitive Verhaltensweisen und Interessen keine Unterschiede.

Botting und Conti-Ramsden (2003) unternahmen den Versuch, auf der Grundlage psycholinguistischer Fähigkeiten (Wiedergabe von Pseudowörtern, Wiedergabe von Sätzen, Bildung der Vergangenheit, nonverbaler IQ) die Subgruppen pragmatisch-kommunikativer Störungen zu identifizieren (SLI, PLI pure, PLI plus, ASD). Zur Differenzierung der Gruppen „PLI pure“ und „PLI plus“ eigneten sich am besten die Unter-

tests zur Bildung der Vergangenheit und Wiedergabe von Sätzen. In beiden Untertests schnitten die Kinder der „PLI-pure“-Gruppe schlechter ab als die Kinder der „PLI-plus“-Gruppe. Der Untertest zur Bildung der Vergangenheit differenzierte am besten zwischen Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen und Kindern der „PLI-plus“-Gruppe. Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen zeigten in diesem Untertest signifikant schlechtere Leistungen. Kinder der „PLI-pure“-Gruppe wurden anhand der eingesetzten Testverfahren nicht zuverlässig von der SLI-Gruppe und der Autismusgruppe unterschieden. Die „PLI-plus“-Gruppe wurde wiederum zuverlässig sowohl von der SLI-Gruppe als auch von der „PLI-pure“-Gruppe differenziert, allerdings nicht von der Autismus-Gruppe. Die SLI-Gruppe wurde zwar von der Autismus-Gruppe diskriminiert, jedoch zeigten beide Gruppen linguistische Auffälligkeiten. Insgesamt unterschieden sich Kinder mit „PLI plus“ am deutlichsten von allen anderen Gruppen: Sie präsentierten in allen sprachlichen Tests und im IQ-Test die höchsten Werte.

Bishop entwickelte im Jahr 2003 die CCC-2. In den Skalen zur Erfassung der formalsprachlichen Fähigkeiten erreichten die spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kinder, verglichen mit den Leistungen der „PLI-pure“-Gruppe die niedrigsten Skalenergebnisse (vgl. Bishop 2003, S. 37). Auch auf den Skalen „Kohärenz“, „Unangemessenes Initiieren von Gesprächen“, „Stereotype Sprache“, „Kontextgebrauch“, „Soziale Beziehungen“ und „Interessen“ lagen die Mittelwerte der SSES-Gruppe unter den Mittelwerten der „PLI-pure“-Gruppe. Lediglich bei den nonverbalen Fähigkeiten schnitten die spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kinder besser ab als die Kinder der „PLI-pure“-Gruppe. Bishop (2003) stellte ursprünglich die Vermutung an, dass die PKS-Gruppe auf den Skalen zur Erfassung der pragmatischen Kompetenzen deutlich schlechter abschneidet als die SSES-Gruppe. Diese Vermutung bestätigte sich allerdings nicht. Vielmehr waren die Leistungen auf den Skalen zur Erfassung pragmatischer Kompetenzen vergleichbar. Im formalsprachlichen Bereich schnitten die SSES-Kinder hingegen deutlich schlechter ab (vgl. S. 43). Bishop (2003) schlussfolgert, dass die pragmatischen Kompetenzen von formalsprachlichen Fähigkeiten beeinflusst werden und formalsprachliche Defizite die Defizite im pragmatischen Bereich überdecken können, sodass sie übersehen werden (vgl. S. 43).

Norbury, Nash, Baird und Bishop (2004) versuchten anhand der CCC-2 Subgruppen pragmatisch-kommunikativer Störungen zu identifizieren. Die Autoren stellten fest, dass die CCC-2 nicht zwischen den Subgruppen „Kinder mit PKS“ und „Kinder mit SSES“ differenzierte. In den vorherigen Studien gelang mithilfe der CCC eine Sub-

gruppeneinteilung auf Basis des Gesamtwertes der CCC. Die Autoren begründen dieses Ergebnis mit dem unterschiedlichen Alter der Probanden (die Kinder der Validierungsstudie von der CCC-2 waren älter) und der Befragungsgruppe (in der Validierungsstudie wurden Eltern befragt). In dieser Untersuchung konnte auf Grundlage der Ergebnisse nur eine Unterscheidung zwischen Kindern mit und ohne pragmatisch-kommunikative Störungen vorgenommen werden. Während in vorherigen Studien die „PKS-plus“-Gruppe in den Sprachtests besser abschnitt als die „PKS-pur“-Gruppe, war eine Einteilung auf Grundlage der Subtests „Syntax“ und „Aussprache“ in die Gruppe „PKS plus“ oder „PKS pur“ in der Validierungsstudie nicht mehr möglich. Norbury et al. (2004) schlussfolgern, dass sich Kinder mit pragmatischen Kommunikationsstörungen nicht eindeutig einer Störungskategorie zuordnen lassen. Vielmehr muss ein dimensionaler Blick im Bezug auf die pragmatischen Störungen eingenommen werden. Pragmatische Fähigkeiten werden von linguistischen Fähigkeiten, autistischen Verhaltensweisen, Aufmerksamkeit und sozialen Fähigkeiten beeinflusst. Bei Kindern können verschiedene dieser Störungen in verschiedenen Ausprägungsformen vorliegen.

Freed, Lockton und Adams (2012) untersuchten die Leistungen der Teilkomponenten des Arbeitsgedächtnisses von Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen und pragmatischen Kommunikationsstörungen (zentrale Exekutive und phonologische Schleife). Die pragmatisch-kommunikativ gestörten Kinder schnitten signifikant besser ab als die sprachentwicklungsgestörten Kinder in Aufgabenstellungen zur Erfassung der phonologischen Schleife. Bei der zentralen Exekutive stellten sich nach den Autoren keine Unterschiede ein. Insgesamt beobachteten die Autoren in der Gruppe pragmatisch-kommunikativ gestörter Kinder eine größere Leistungsbandbreite. Während ein Großteil der SSES-Kinder auffällige Leistungen präsentierte, erzielte ein Teil der Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Störungen durchschnittliche Leistungen. Darüber hinaus untersuchten Freed, Adams und Lockton (2011) die Lesefähigkeit und das Leseverständnis der beiden genannten Gruppen. Der Durchschnittswert der Kinder mit pragmatischen Kommunikationsstörungen lag in allen überprüften Bereichen im unteren Durchschnittsbereich, wobei erneut eine große Heterogenität in der Gruppe pragmatisch-kommunikativ gestörter Kinder ermittelt wurde. Während manche Kinder Leistungen erreichten, die zwei Standardabweichungen über der Norm lagen, wurden bei anderen Leistungen im unteren Extrembereich (IQ-Wert < 54) diagnostiziert. Die Mittelwerte der SSES-Gruppe lagen in allen Testverfahren eine oder zwei Standardabweichung(en) unter der Norm bei einer geringeren Leistungsbandbreite. In allen Bereichen schnitten die SSES-Kinder signifikant schlechter ab als die Kinder mit pragmatisch-

kommunikativen Störungen. In Tabelle 11 sind die zentralen Ergebnisse der oben aufgeführten Studie noch einmal aufgeführt.

Tabelle 11 *Unterschiede in den pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten von Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen und pragmatisch-kommunikativen Störungen*

CCC-2	Sprechen	PKS > als SSES
	Syntax	PKS > als SSES
	Semantik	PKS > als SSES
	Kohärenz	PKS ≤ als SSES
	Initiieren von Gesprächen	PKS ≤ als SSES
	Gesprächsstereotypen	PKS ≤ als SSES
	Kontextgebrauch	PKS ≤ als SSES
	Nonverbale Kommunikation	PKS ≤ als SSES
	Soziale Beziehungen	PKS ≤ als SSES
	Interessen	PKS = SSES
	IQ	PKS > als SSES
Weitere überprüfte Bereiche	Zentrale Exekutive	PKS = SSES
	Phonologische Schleife	PKS > als SSES
	Lesefähigkeit & Leseverständnis	PKS > als SSES
	Erste Wörter	PKS > als SSES

In einzelnen Bereichen, wie bspw. den formalsprachlichen Kompetenzen, können Unterschiede zwischen Kindern mit pragmatischen Kommunikationsstörungen und spezifischen Sprachentwicklungsstörungen ausgemacht werden. Insgesamt betrachtet, müssen pragmatische Kommunikationsstörungen in ihrem Erscheinungsbild allerdings zwischen autistischen und spezifisch sprachentwicklungsgestörten Charakteristika verortet werden.

2.2.3.7 Verlauf

Zum Verlauf von pragmatischen Kommunikationsstörungen existieren nur wenige Studien. Whitehouse, Line, Watt und Bishop (2009a) begleiteten die Entwicklung von spezifisch sprachentwicklungsgestörten, pragmatisch-kommunikativ gestörten und autistischen Kindern bis ins junge Erwachsenenalter. Bei Erwachsenen mit einer diagnostizierten pragmatisch-kommunikativen Störung in der Kindheit fielen die beständigen Schwierigkeiten im Sprachgebrauch auf, wohingegen die formalsprachlichen Fähigkei-

ten und Lesefähigkeiten unauffällig waren. Die letzten zwei genannten Bereiche trennten Erwachsene mit früheren pragmatisch-kommunikativen Störungen von Erwachsenen mit früheren spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. Die PKS-Gruppe ähnelte in ihrem Sprachprofil der autistischen Gruppe. Beide zeigten in Tests zu den formal-sprachlichen Fähigkeiten durchschnittliche Leistungen. Unterschiede waren allerdings bei den pragmatischen Fähigkeiten festzustellen. Während die PKS-Gruppe mäßige Probleme in diesem Bereich zeigte, fiel die autistische Gruppe durch starke Beeinträchtigungen im pragmatischen Bereich auf. Auch in den sozialen Beziehungen spiegelte sich dieses Bild wider. Was den Besuch der weiterführenden Schule anbelangt, so besuchten 55 % der SSES-Gruppe, 33 % der PKS-Gruppe und 50 % der ASS-Gruppe eine Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache. Ein Viertel der Probanden in der ASS-Gruppe wurden an einer allgemeinen Schule mit sprachheilpädagogischer Förderung beschult. 27 % der SSES-Probanden und 50 % der PKS-Probanden besuchten eine allgemeine Schule mit zusätzlicher Unterstützung. Jeweils ein Teilnehmer der SSES- und PKS-Gruppe besuchte eine allgemeine Schule ohne zusätzliche Unterstützung. Das A-Level erreichte mehr als die Hälfte in der SSES-, PKS- und ASS-Gruppe nicht. Die Mehrheit der klinischen Gruppe ging einer Ausbildung nach. 39 % der SSES-Gruppe, 40 % der PKS-Gruppe und 11 % der ASS-Gruppe wurden zum A-Level zugelassen. Das A-Level schlossen insgesamt 17 % der SSES-Teilnehmer, 40 % der PKS-Teilnehmer und 11 % der ASS-Teilnehmer erfolgreich ab. Alle Jugendlichen mit einem erfolgreichen Abschluss des A-Levels studierten. Ehemalige sprachentwicklungsgestörte Erwachsene machten hauptsächlich eine Ausbildung und arbeiteten in Berufen mit nur geringen sprachlichen Anforderungen und Lesefähigkeiten. Erwachsene mit pragmatisch-kommunikativen Störungen in der Vergangenheit arbeiteten demgegenüber in hoch qualifizierten Berufen. Von Arbeitslosigkeit war in dieser Gruppe niemand betroffen, während es in der SSES-Gruppe einer von 13 war. Alle Studienteilnehmer waren in der Lage, sich selbst zu versorgen, dennoch fanden die Autoren heraus, dass die klinischen Gruppen signifikant weniger unabhängig waren als die Kontrollgruppe. Die ASS-Gruppe erreichte die geringsten Unabhängigkeitswerte.

Der Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen mit einer dokumentierten pragmatisch-kommunikativen Störung ist im Vergleich zum Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen mit SSES oder ASS positiver. Jugendliche mit PKS in der Kindheit legen häufiger das A-Level ab und arbeiten, verglichen mit Jugendlichen der SSES-Gruppe, häufiger in höher qualifizierteren Berufen.

2.2.3.8 Diagnostik

Die Überprüfung des pragmatischen Bereichs gehört wie die Überprüfung des phonetisch-phonologischen, semantisch-lexikalischen, morphologisch-syntaktischen und rezeptiven Bereichs zu einer differenzierten Sprachentwicklungsdiagnostik (vgl. Kannengieser 2009, S. 276; Sallat & Spreer 2014, S. 144). Im Zentrum der Diagnostik im pragmatischen Bereich steht die Erfassung der pragmatischen Kompetenzen. Mehr als die anderen linguistischen Ebenen sind die pragmatischen Kompetenzen stark „kontextabhängig“. „Kontextabhängig“ meint in diesem Zusammenhang die Abhängigkeit von den Kommunikationspartnern, der Situation und dem Kommunikationsgegenstand (vgl. Sallat & Spreer 2014, S. 143). Natürliche Gesprächssituationen lassen sich im Rahmen der Testung nicht herstellen. Die Leistungen des Kindes können durch die unbekannte Testleiterin, die unbekannte Gesprächssituation und den unbekannten Inhalt negativ beeinflusst werden. Darüber hinaus lässt sich die Vielfalt an pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen nur schwer in der Testsituation überprüfen (vgl. Achhammer 2014a, S. 211; Sallat & Spreer 2014, S. 143). Erschwerend kommt hinzu, dass Beeinträchtigungen im pragmatisch-kommunikativen Bereich sowohl als Folge von Entwicklungsstörungen, neurologischen Störungen, genetischen Syndromen und Sprachentwicklungsstörungen auftreten können als auch isoliert als pragmatisch-kommunikative Störung. Im Rahmen der Differenzialdiagnostik muss geklärt werden, ob die pragmatisch-kommunikativen Auffälligkeiten auf eine Primärstörung zurückzuführen sind oder unabhängig bestehen. Zudem betont Cummings (2009), nicht nur defizitorientiert vorzugehen, sondern den Blick auch auf die Stärken und Ressourcen dieser Kinder zu richten. Häufig weisen Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Störungen nämlich nicht nur Schwächen in diesem Bereich auf, sondern auch eine Vielzahl an Strategien und Stärken (vgl. Cummings 2009, S. 4).

Trotz der dargestellten Schwierigkeiten existieren verschiedene Verfahren zur Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten von Kindern. Im Folgenden wird eine Übersicht zu Diagnostikmaterialien gegeben (Tabelle 12). Unterschieden werden können Verfahren, die Subtests zur Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen enthalten, und Verfahren, die ausschließlich zur Überprüfung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten entwickelt wurden.

Tabelle 12 Verfahren zur Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten

Verfahren	Autor(en) (Jahr)	Normiert o. informell	Alter
Verfahren mit Subtests zur Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen			
Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile-CSBS-DP Säugling/Kleinkind Checklist	Übersetzung: Schelten-Cornish (2006); Original: Wetherby & Prizant (2002)	Normiertes Verfahren	6–24 Monate
Elternfragebogen für die Erkennung von Risikokindern 1	Grimm & Doil (2006)	Normiertes Verfahren	12 Monate
Entwicklungsprofil von Zollinger	Zollinger (2004)	Informelles Verfahren	1–3 Jahre
Heidelberger Sprachentwicklungstest	Grimm & Schöler (1991)	Normiertes Verfahren	3–9 Jahre
Informelles Verfahren zur Überprüfung der Sprachverständnisseleistungen	Endres & Baur (2000)	Informelles Verfahren	4–8 Jahre
Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten	Schöler 1999	Informelles Verfahren	4–6 Jahre
Marburger Sprachverständnistest	Elben & Lohaus (2000)	Normiertes Verfahren	5 Jahre bis 1. Klasse
Sprachentwicklung und Literacy bei deutschsprachig aufwachsenden Kindern	Ulrich & Mayr (2007)	Normiertes Verfahren	4 Jahre bis Schulalter
Verfahren zur Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen			
Beobachtungsbogen für pragmatische Fähigkeiten	Schelten-Cornish, Hofbauer & Wirts (2012)	Informelles Verfahren	Bis in das Grundschulalter
Beobachtungsbogen Schritte in den Dialog	Möller & Spreen-Rauscher (2009)	Informelles Verfahren	Kleinkind- und Vorschulalter
Beobachtungshilfe zur Beschreibung von Kommunikation in Kindergarten und Schule	Kolonko & Krämer (1993)	Informelles Verfahren	Kinder- garten und Schule

Verfahren	Autor(en) (Jahr)	Normiert o. informell	Alter
Verfahren zur Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen			
Beurteilungsbogen für vorsprachliche Fähigkeiten und Eltern-Kind-Interaktion	Schelten-Cornish & Wirts (2008)	Informelles Verfahren	12 Monate bis unbestimmt (bei Mehrfachbehinderung)
Beurteilungsschema für vorsprachliche Kommunikationsformen	Sarimski & Steinhausen (2007)	Informelles Verfahren	Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter
Children's Communication Checklist, deutsche Version	Übersetzung: Spreen-Rauscher (2003) Original: Bishop (1998)	Normiertes Verfahren	7–9 Jahre
Children's Communication Checklist-2	Bishop (2003)	Normiertes Verfahren	4–16 Jahre
Das pragmatische Profil	Übersetzung: Dohmen et al. (2009); Original: Dewart & Summers (1995)	Informelles Verfahren	Interview I: bis 4;11 Jahre Interview II: 5–10 Jahre

Es steht eine Vielfalt an Diagnostikmaterialien zur Verfügung, wobei Verfahren mit pragmatisch-kommunikativen Subtests dominieren. Hauptsächlich handelt es sich bei den aufgeführten Diagnostikmaterialien um Beobachtungsbögen bzw. -hilfen und Eltern-/Lehrerinnenfragebögen. Verfahren, die sich ausschließlich auf die Überprüfung pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten konzentrieren, sind selten. Zudem dominieren auch hier die Beobachtungsbögen und informellen Verfahren. Im deutschen Sprachraum existiert nur ein einziges normiertes Verfahren zur ausschließlichen Überprüfung pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten: die Übersetzung der CCC von Spreen-Rauscher (2003). Der Einsatz normierter Verfahren zur Überprüfung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten wird als kritisch betrachtet (vgl. Spreen-Rauscher 2007, S. 592), weshalb Verfahren, welche die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten in na-

türlichen Kontexten erheben, bspw. anhand von Beobachtungsbögen oder Interviews, in der diagnostischen Praxis bevorzugt werden.⁸

2.3 Sozial-emotionale Entwicklung und Auffälligkeiten

2.3.1 Sozial-emotionale Kompetenz

2.3.1.1 Definition

Die Entwicklung sozial-emotionaler Fertigkeiten gehört zu einer der grundlegenden Entwicklungsaufgaben in der Kindheit (vgl. Wiedebusch & Petermann 2011). Sozial-emotionale Kompetenz umfasst alle Fähigkeiten, die „zum Wahrnehmen, Erkennen, Ausdrücken, Regulieren und Bewerten von Gefühlen sowie den Umgang mit ihnen in einer Interaktion notwendig sind“ (Wadepohl, Koglin, Vonderlin & Petermann 2011, S. 219). Sozial-emotionale Fertigkeiten stellen somit eine Voraussetzung für die störungsfreie Interaktion, die Entwicklung eines angemessenen Verhaltensrepertoires und den Schutz vor Gefahren dar (vgl. Petermann, Jungert, Tänzer & Verbeek 2012, S. 30).

Emotionale Kompetenz

Emotionale Kompetenz beinhaltet Schlüsselfertigkeiten, die den Emotionsausdruck, das Emotionsverständnis und -wissen sowie die Emotionsregulation betreffen. Petermann und Wiedebusch (2008), Saarni (1999 zit. n. Petermann & Wiedebusch 2008) und Denham (1998 zit. n. Petermann & Wiedebusch 2008) haben sich mit den Schlüsselfertigkeiten emotionale Kompetenz auseinandergesetzt. In der Tabelle 13 findet sich eine Gegenüberstellung der von den Autoren aufgeführten Schlüsselfertigkeiten.

⁸ Eine ausführliche Beschreibung der CCC-2 erfolgt im Kapitel „Methodik“, da dieses Verfahren in der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz kam.

Tabelle 13 *Schlüsselfertigkeiten emotionaler Kompetenz*

Denham (1998, zit. n. Petermann & Wiedebusch 2008, S. 16)	Petermann & Wiedebusch (2008, S. 14)	Saarni (1999 zit. n. Petermann & Wiedebusch 2008, S. 15)
Emotionsausdruck		
Äußern nonverbaler emotionaler Mitteilungen durch Gesten	Mimischer Emotionsausdruck	
Zeigen selbstbezogener Gefühle		
Zeigen empathischen Einfühlungsvermögens in Bezug auf die Gefühle anderer		Empathie
Kontrolle sozial missbilligter Gefühle durch die Trennung von Erleben und Ausdruck von Emotionen		Trennung von emotionalem Erleben und emotionalem Ausdruck
Einsatz von Emotionsvokabular bei der Kommunikation über Gefühle	Sprachlicher Emotionsausdruck	Über Emotionen kommunizieren
Emotionsverständnis und -wissen		
Unterscheidung der Gefühlszustände anderer Personen	Erkennen des mimischen Emotionsausdrucks anderer Personen	Emotionen anderer wahrnehmen und verstehen
	Emotionswissen und -verständnis	
Unterscheidung eigener Gefühlszustände		Sich seiner eigenen Emotionen bewusst sein
		Sich der emotionalen Kommunikation in sozialen Beziehungen bewusst sein
Emotionsregulation		
Bewältigung negativer Gefühle	Selbst gesteuerte Emotionsregulation	Umgang mit negativen Emotionen und Stresssituationen
Bewältigung positiver Gefühle		
		Selbstwirksamkeit

Wie anhand der Gegenüberstellung deutlich wird, gibt es eine Vielzahl an Übereinstimmungen im Bezug auf die Schlüsselfertigkeiten emotionaler Kompetenz. Die Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit wird ausschließlich von Saarni (1999 zit. n. Petermann & Wiedebusch 2008) genannt, da er emotionale Kompetenz vor allem in Bezug auf ihren Nutzen für die soziale Interaktion betrachtet (vgl. Petermann & Wiedebusch 2008, S. 14). Emotionale Selbstwirksamkeit liegt bei Kindern vor, wenn:

- „sie sich darüber bewusst sind, dass ihr eigener Emotionsausdruck Einfluss auf andere haben kann
- sie gelernt haben, ein emotionales Verhalten zu zeigen, mit dem sie andere zu positiven Reaktionen bewegen“ (Saarni 1999 zit. n. Petermann & Wiedebusch 2008, S. 15).

Als eine zentrale Komponente emotionaler Kompetenz gilt die Emotionsregulation. Thompson (1994) definiert die Fähigkeit zur Emotionsregulation wie folgt: “Emotion regulation consists of the extrinsic and intrinsic processes responsible for monitoring, evaluating, and modifying emotional reactions, especially their intensive and temporal features, to accomplish one’s goals” (S. 27 f.). Die Fähigkeit zur Regulation von Emotionen hat entscheidenden Einfluss auf sozial kompetentes Verhalten. Petermann und Wiedebusch (2008, S. 18) fassen die Fähigkeiten zur Emotionsregulation wie folgt zusammen:

- Herstellung und Aufrechterhaltung von Emotionen
- Kontrolle und Modulation der Intensität und Dauer
- Beeinflussung begleitender physiologischer Prozesse und Verhaltensweisen.

Soziale Kompetenz

Soziale Kompetenzen oder soziale Fertigkeiten stellen eine Grundvoraussetzung für das friedliche Miteinander (vgl. Petermann, Natzke, Gerken & Walter 2013, S. 22) sowie den Aufbau und die Aufrechterhaltung von Freundschaften dar (vgl. Petermann et al. 2004, S. 207). In der Literatur existiert eine Vielzahl an Definitionsversuchen, die sich zum Teil widersprechen (vgl. Kanning 2002). Während klinisch-psychologische Definitionen z. B. den Charakter der Durchsetzung eigener Interessen hervorheben, betonen entwicklungspsychologische Definitionen eher die Anpassung an soziale Normen und Werte einer Gesellschaft. „Anpassung“ und „Durchsetzung“ müssen sich nach Kanning (2002) jedoch nicht widersprechen, weshalb er für den Kompromisscharakter sozial kompetenten Verhaltens plädiert und folgende Definition formuliert: „Sozial kompeten-

tes Verhalten versucht [...] einen Ausgleich der Interessen zwischen den von einer Interaktion betroffenen Parteien herzustellen. Im günstigsten Fall trägt sozial kompetentes Verhalten dazu bei, dass alle Beteiligten ihre Interessen in gleichem Maße verwirklichen können“ (S. 155). Weiterhin plädiert er für eine Differenzierung zwischen „sozialer Kompetenz“ und „sozial kompetentem Verhalten“. Soziale Kompetenz muss als Ressourcenbegriff verstanden werden, der sozial kompetentes Verhalten ermöglicht, jedoch keinesfalls automatisch sicherstellt. Ähnlich differenziert Merrell (2003 zit. n. Petermann et al. 2013, S. 23) zwischen „sozialer Kompetenz“ und „sozialen Fertigkeiten“. „Soziale Kompetenz“ umfasst eine „Einschätzung darüber, wie angemessen man soziale Aufgaben ausführt“, wohingegen der Begriff der „sozialen Fertigkeiten“ „spezifische soziale Verhaltensweisen beinhaltet, die man ausführen muss, um als sozial kompetent eingestuft zu werden“ (Merrell 2003 zit. n. Petermann et al. 2013, S. 23). Kanning (2002, S. 155) schlägt folgende Definitionen vor:

- „Sozial kompetentes Verhalten: Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird.“
- „Soziale Kompetenz: Gesamtheit des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, welche die Qualität eigenen Sozialverhaltens – im Sinne der Definition sozial kompetenten Verhaltens – fördert.“

Nach Petermann et al. (2004) wird von einem sozial kompetenten Menschen erwartet, „effektiver zu kommunizieren, sich und andere besser zu verstehen, die Geschlechterrolle zu erwerben, die moralischen Regeln der Gesellschaft zu beachten, ihre Emotionen zu regulieren, sich altersangemessen zu verhalten und vieles mehr“ (S. 207). Unter dem Begriff der „sozialen Kompetenz“ wird eine Vielfalt an Fähigkeiten und Fertigkeiten subsumiert, weshalb auch von sozialen Kompetenzen gesprochen werden kann. Nach Kanning (2002) setzt sich soziale Kompetenz aus drei Dimensionen, bestehend aus insgesamt 15 Kompetenzen, zusammen (Tabelle 14):

Tabelle 14 Dimensionen sozialer Kompetenz (Kanning 2002, S. 158)

Perzeptiv-kognitiver Bereich	Behavioraler Bereich	Motivational-emot. Bereich
▪ Selbstaufmerksamkeit	▪ Extraversion	▪ Emotionale Stabilität
▪ Personenwahrnehmung	▪ Durchsetzungsfähigkeit	▪ Prosozialität
▪ Perspektivübernahme	▪ Handlungsflexibilität	▪ Wertepluralismus
▪ Kontrollüberzeugung	▪ Kommunikationsfertigkeiten	
▪ Entscheidungsfreudigkeit	▪ Konfliktverhalten	
▪ Wissen	▪ Selbststeuerung	

Petermann (2002) entwickelte in Anlehnung an Gresham und Reschly (1987) das folgende Modell sozialer Kompetenz (Abbildung 5):

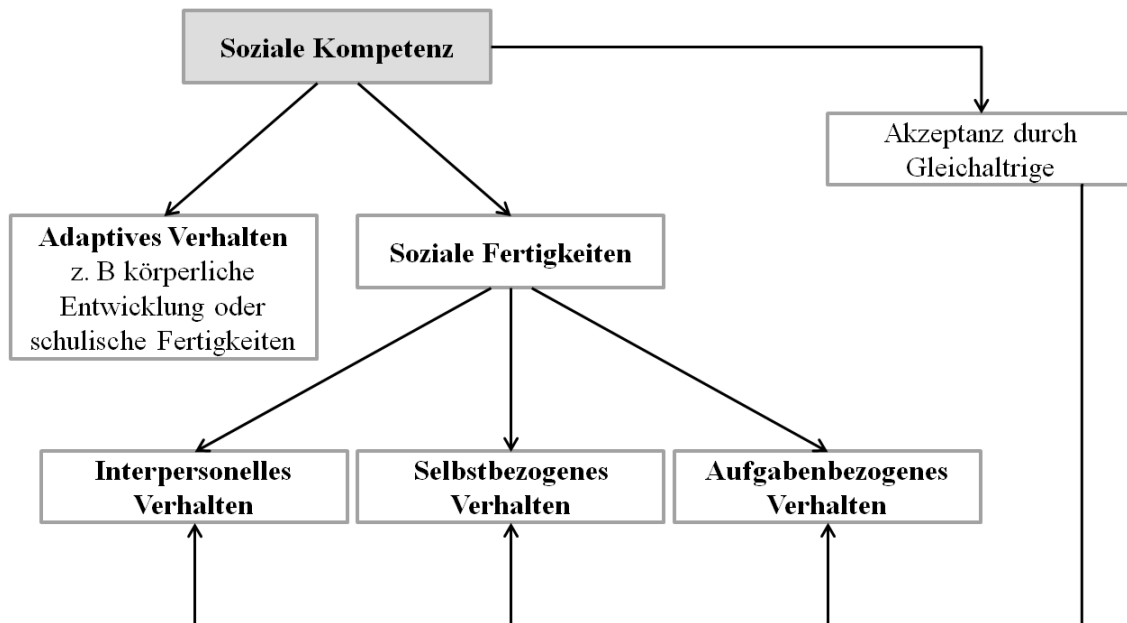


Abbildung 5. Rahmenmodell der sozialen Kompetenz (nach Petermann 2002, S. 17, modifiziert nach Gresham & Reschly 1987)

Soziale Kompetenz wird hier als übergeordnetes Konstrukt verstanden, das sich aus adaptivem Verhalten (körperliche, sprachliche, schulische Entwicklung), sozialen Fertigkeiten und der Akzeptanz durch Gleichaltrige zusammensetzt, wobei die sozialen Fertigkeiten aus interpersonellem Verhalten, selbstbezogenem Verhalten und aufgabenbezogenem Verhalten bestehen (vgl. Petermann 2002). Nach diesem Modell ermöglicht soziale Kompetenz die Akzeptanz durch Gleichaltrige, wobei andererseits Peer-Beziehungen die Entwicklung sozialer Fertigkeiten unterstützen.

Folgendes Modell (Abbildung 6) haben Petermann et al. (2013) in Anlehnung an Merrell (2003) entworfen:

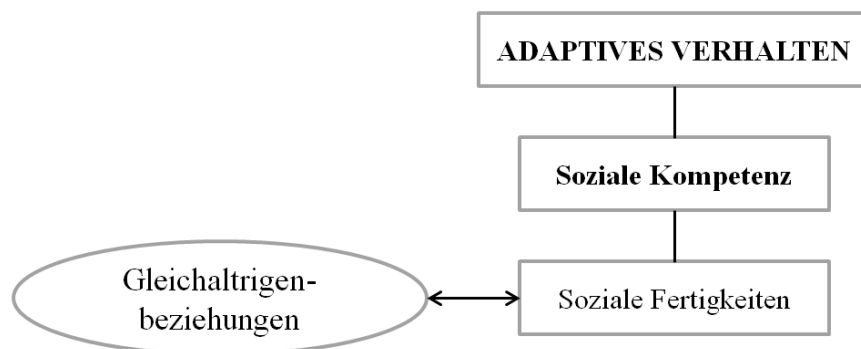


Abbildung 6. Modell sozialer Fertigkeiten (nach Petermann et al. 2013, S. 23, in Anlehnung an Merrell 2003)

Dieses Modell unterscheidet sich von dem Modell in Abbildung 5. Das adaptive Verhalten ist hier der sozialen Kompetenz über- und nicht untergeordnet. Adaptives Verhalten ermöglicht somit die Entwicklung sozialer Kompetenz und nicht umgekehrt. Dieser Auffassung schließt sich auch Kanning (2002) an, indem er schreibt: „[So] können sich beispielsweise eine extreme intellektuelle Minderbegabung oder auch manche körperliche Behinderungen nachteilig auf das Sozialverhalten auswirken“ (S. 158). Dennoch ist auch die im ersten Modell aufgezeigte Wirkrichtung denkbar. Allerdings sind es nicht die sozialen Kompetenzen (aufgrund des Verständnisses als Ressource), sondern die sozialen Fertigkeiten, die sich auf die sprachliche Entwicklung und schulischen Fertigkeiten auswirken können. Inwieweit die körperliche Entwicklung von sozialen Fertigkeiten profitiert, ist nur in dem Sinne denkbar, als dass durch die sozialen Fertigkeiten Peer-Beziehungen aufgebaut und aufrechterhalten werden können und somit die sportliche Freizeitgestaltung positiv beeinflusst werden kann. Das in Anlehnung an Merrell (2003) modifizierte Modell von Petermann et al. (2013) berücksichtigt ebenfalls die Wechselbeziehung zwischen den Gleichaltrigenbeziehungen und den sozialen Fertigkeiten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass emotionale Kompetenz schwerpunktmäßig die intrapsychischen und psychologischen Prozesse umfasst, wohingegen der Schwerpunkt der sozialen Kompetenz auf dem Verhalten liegt und Aspekte wie Problemlösefähigkeiten, Interaktionsgeschehen oder Auswahl von Handlungsalternativen einbezieht (vgl. Wadepohl et al. 2011).

2.3.1.2 Bedeutsamkeit sozial-emotionaler Kompetenz

Zahlreiche Studien belegen einen engen Zusammenhang zwischen sozialen und emotionalen Fertigkeiten. Zum einen wirken sich emotionale Fertigkeiten auf die Entwicklung sozialer Kompetenz aus, auf der anderen Seite sind soziale Fertigkeiten für die Entwicklung emotionaler Kompetenz entscheidend (vgl. Petermann et al. 2012, S. 31). Denham et al. (2002) zeigten auf, dass frühe emotionale Fertigkeiten im Alter von drei bzw. vier Jahren aggressives Verhalten in der Zukunft vorhersagen. Mit der Bedeutsamkeit der frühen Emotionsregulation für die Entwicklung setzten sich Eisenberg et al. (2000, 2001), Fox und Calkins (2003), Murphy, Shepard, Eisenberg und Fabes (2004) sowie Trentacosta und Shaw (2009) auseinander. Geringe Fähigkeiten in der Emotionsregulation erhöhen demnach das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten, geringe soziale Kompe-

tenz und Ausgrenzungen durch Gleichaltrige (vgl. Eisenberg 2000, 2001; Murphy et al. 2004; Trentacosta & Shaw 2009). Petermann (2002) fasst die Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Eisenberg (2000, 2001) wie folgt zusammen:

- „Kinder mit einer optimalen Emotionsregulation zeigen ein konstruktives Sozialverhalten, eine hohe soziale Kompetenz und weniger Anpassungsprobleme.
- Kinder mit einer mangelnden Fähigkeit zur Emotionsregulation zeigen dagegen eine geringe soziale Kompetenz und weisen häufiger externalisierende Verhaltensstörungen auf.
- Kinder, die Defizite in der Emotionsregulation aufweisen und gleichzeitig eine hohe negative Emotionalität zeigen, sind besonders dysreguliert und zeigen häufig aggressives Verhalten und andere externalisierende Verhaltensstörungen.
- Verschiedene negative Emotionen wirken sich vermutlich unterschiedlich auf die soziale Kompetenz aus: Bei häufigem und intensivem Erleben von Ärger kann eine geringe soziale Kompetenz vorausgesagt werden, bei häufigem und intensivem Erleben von Angst dagegen eine soziale Hemmung“ (S. 177).

Die Bedeutsamkeit eines frühen Emotionswissens wiesen Fine, Izard, Mostow, Trentacosta und Ackerman (2003) nach. Ihren Ergebnissen zufolge steht ein geringes Emotionswissen mit sieben Jahren in einem signifikanten Zusammenhang mit internalisierenden Verhaltensstörungen im Alter von elf Jahren. Auch Heinze, Miller, Seifer, Dickstein und Locke (2014) belegten diesen Zusammenhang. Der Zusammenhang zu externalisierenden Störungen ist demgegenüber weniger eindeutig. Die Einflussnahme des Emotionswissens auf externalisierende Störungen wurde meist nur in klinischen Untersuchungen nachgewiesen (vgl. Izard, Fine, Schultz, Mostow, Ackerman & Youngstrom 2001; Trentacosta & Fine 2009 zur Übersicht). Izard et al. (2001) zeigten auf, dass das Emotionswissen im Vorschulalter nicht nur langfristige Auswirkungen auf die soziale Kompetenz hat, sondern auch auf den schulischen Kompetenzerwerb. Das Emotionsverständnis stand wiederum in einem signifikanten Zusammenhang mit den sprachlichen Fähigkeiten. Dass emotionale Kompetenzen auf den Schulerfolg Einfluss nehmen, bestätigten neben Izard et al. (2001) auch Collins und Nowicki (2001). Die Fähigkeit zehnjähriger Mädchen, Emotionen anhand der Stimmlage zu erkennen, wirkte sich auf die schulischen Leistungen und die soziale Kompetenz aus, wohingegen sich dieser Zusammenhang bei Jungen ausschließlich im Bereich der sozialen Kompetenz einstellte.

Kinder und Jugendliche mit einer hohen emotionalen Kompetenz sind bei ihren gleichaltrigen Peers beliebter, weisen mehr soziale Kontakte auf und sind seltener von externalisierenden und internalisierenden Verhaltensstörungen betroffen (vgl. Peter-

mann & Wiedebusch 2008, S. 19 ff.). Emotionale und soziale Kompetenzen stehen somit in einem engen Zusammenhang.

2.3.1.3 Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenz

Nach Holodynski, Hermann und Kromm (2013) lassen sich in der ontogenetischen Entwicklung von Emotionen drei übergreifende Entwicklungsdimensionen identifizieren:

- 1) Differenzierung von Emotionen
- 2) Regulationsfunktion von Emotionen
- 3) Abnahme der Häufigkeit und Intensität von Emotionen

Differenzierung von Emotionen

Direkt nach der Geburt verfügt der Säugling über fünf emotionale Ausdrucksreaktionen, die dazu dienen, den Bezugspersonen die aktuelle Bedürfnislage zu spiegeln (Tabelle 15).

Tabelle 15 Übersicht über die fünf angeborenen bzw. Vorläuferemotionen (Holodynski 2004, S. 7 f.)

Emotion	Ausgedrückt durch
Distress	Schreien
Interesse	Aufmerksamkeitsfokussierung
Endogenes Wohlbehagen	Lächeln
Erschrecken/Furcht	Weit aufgerissene Augen
Ekel	Rümpfen der Nase, Vorstrecken der Zunge

Sensibel und responsibel nehmen die Eltern die Bedürfnisse des Säuglings wahr und führen entsprechende motivdienliche Handlungen aus (vgl. Holodynski & Oerter 2012, S. 504). Im Säuglings- und Kleinkindalter ist es die Aufgabe des Kindes, ein differenziertes, auf Anlass und Kontext fein abgestimmtes Emotionenrepertoire aufzubauen. Indem die Eltern die noch unzensierten Vorläuferemotionen zielgerichtet deuten und mit motivdienlichen Handlungen reagieren, gelingt dem Kind der Aufbau eines differenzierten Emotionssystems. Zunehmend vollzieht das Kind eine Feinabstimmung von

Ausdruck und Körperreaktion auf den Anlass und die situativen Umstände (vgl. Holodynski & Oerter 2012, S. 504).

Regulationsfunktion von Emotionen

Neben der Ausdifferenzierung der Emotionen besteht ein weiterer notwendiger Entwicklungsschritt während des Kleinkind- und Vorschulalters in der Gewinnung einer intrapersonalen Regulationsfähigkeit. Im Säuglings- und Kleinkindalter ist das Emotionssystem auf Kind und Eltern aufgeteilt. Holodynski und Oerter (2012) verwenden hierfür den Begriff der „interpersonalen Regulationsform“, da die Handlung der Bezugsperson die kindliche Emotion reguliert (vgl. S. 504). Im Alter von drei Jahren ist das Kind noch nicht bzw. nur bedingt in der Lage, motivdienliche Handlungen selbstständig auszuführen. Erst im Laufe des Vorschulalters erwerben die Kinder durch das Zusammenspiel zweier Faktoren die Fähigkeit zur intrapersonalen emotionalen Handlungsregulation (vgl. Holodynski 2004, S. 10):

- 1) Die Bezugspersonen spiegeln den kindlichen Emotionsausdruck und reagieren mit einer motivdienlichen Handlung
- 2) Das Kind ahmt dem Emotionsausdruck nach und lernt durch die Erfahrung.

Während sich Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter noch ausschließlich von ihren Emotionen leiten lassen, muss das Vorschulkind, um übergeordnete Motive befriedigen zu können, zur Regulation seiner Emotionen in der Lage sein (vgl. Holodynski 2004, S. 12).

Abnahme der Häufigkeit und Intensität von Emotionen

Neben der Entstehung von Emotionsregulationsstrategien entwickelt sich bei den Kindern im Vorschulalter die Fähigkeit zur reflexiven Emotionsregulation, d. h. die Fähigkeit, die Intensität und Qualität von Emotionen auf Grundlage sozialer Normen und situativer Anforderungen regulieren zu können. Die zunehmende Fähigkeit zur Regulation von Emotionen ermöglicht auch eine willentliche Ausdrucksgestaltung, wodurch dem Gegenüber Emotionen flexibel simuliert werden können (Display) (vgl. Holodynski & Oerter 2012, S. 506 ff.). Ausdrucksdisplays dienen wie tatsächliche Emotionen der Umsetzung motivdienlicher Handlungen beim Gegenüber. Darüber hinaus ermöglichen

sie die Einhaltung von Darbietungsregeln⁹, wodurch kulturelle Normen und Werte ihre Umsetzung erfahren. Ab dem Grundschulalter ist schließlich eine Internalisierung der emotionalen Ausdruckszeichen zu beobachten. In westlichen Kulturen scheint sich eine „private Gefühlswelt“ bzw. eine „Entkopplung von Emotionsausdruck und Emotionserleben“ zu entwickeln (Holodynski 2004, S. 12 f.).

2.3.1.4 Einflussfaktoren auf die sozial-emotionale Entwicklung

Der Erwerb emotionaler Kompetenz wird durch physiobiologische Faktoren und durch die emotionale Sozialisation innerhalb der Familie beeinflusst (Tabelle 16).

Tabelle 16 *Einflussfaktoren auf die emotionale Kompetenz (vgl. Petermann & Wiedebusch 2008, S. 18; Mayer et al. 2012, S. 71 ff.)*

Physiobiologische Faktoren	Emotionale Sozialisation innerhalb der Familie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kindliches Temperament ▪ Sprachentwicklung ▪ Exekutive Funktionen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eltern-Kind-Interaktion ▪ Erziehungsverhalten ▪ Bindungsqualität ▪ Peer-Kontakte

Im Folgenden sollen die Einflussfaktoren für die emotionale Kompetenz näher beschrieben werden.

Kindliches Temperament

Zentner (2000) definiert Temperament als „einen Ausdruck für individuelle Besonderheiten in emotionalen und formalen Aspekten des Verhaltens (unter Ausschluss von Intelligenz und Pathologie), die schon sehr früh in der Entwicklung zu beobachten sind, eine relativ hohe Stabilität und eine enge Beziehung zu physiologischen Mechanismen aufweisen“ (S. 260). Das Temperament beeinflusst die Persönlichkeit eines Menschen, die Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklung eines Kindes (vgl. Elsner & Pauen 2012, S. 170). Thomas und Chess (1977, zit. n. Zentner 2000, S. 261) identifizierten auf Grundlage ihrer Langzeitstudie drei Temperamentsgruppen:

1) Schwierige Kinder

⁹ „Darbietungsregeln sind normative Regeln, die vorschreiben, in welchen Situationen man wem gegenüber welchen Ausdruck zeigen darf bzw. sollte“ (Holodynski & Oerter 2012, S. 510).

- 2) Langsam auftauende Kinder
- 3) Pflegeleichte/einfache Kinder

Zentner (2000, S. 261) unterscheidet demgegenüber die folgenden drei Typen:

- 1) Impulsiv-beherrschte Kinder
- 2) Gehemmt-überkontrollierte Kinder
- 3) Ich-starke Kinder

Kinder mit einem schwierigen Temperament tragen ein erhöhtes Risiko zur Ausbildung von aggressivem Verhalten (vgl. Kingston & Prior 1995), externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Rothbart & Bates 1998) und Anpassungsproblemen (vgl. Thomas & Chess 1977 zit. n. Zentner 2000). Langsam auftauende bzw. gehemmte Kinder sind wiederum verstärkt von Angststörungen betroffen (vgl. Hirshfeld et al. 1992). Im Vergleich zu langsam auftauenden oder schwierigen Kindern sind pflegeleichte/einfache Kinder deutlich seltener von psychischen Störungen betroffen (vgl. Petermann et al. 2004, S. 332).

Sprachentwicklung

Sprachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten gelten als grundlegend für den Aufbau und den Erhalt zwischenmenschlicher Beziehungen und die Mitteilung eigener Wünsche und Bedürfnisse. Die soziale und emotionale Entwicklung ist somit von sprachlichen Fähigkeiten abhängig. Petermann und Wiedebusch (2008) sehen sprachliche Fähigkeiten sogar als Bestandteil der emotionalen Kompetenz an. Verschiedene Autoren wiesen einen Einfluss der Sprachentwicklung auf folgende Bereiche nach (vgl. Helmsen & Petermann 2010; Petermann et al. 2004; Pinquart, Schwarzer & Zimmermann 2011):

- Emotionale Kompetenz
 - Emotionsverständnis und -wissen (auch Theory of Mind)
 - Emotionsregulation
 - Sprachlicher Emotionsausdruck
- Soziale Kompetenz

Das Emotionsverständnis bzw. Emotionswissen, d. h. die Fähigkeit, emotionale Zustände anderer Personen zu verstehen, wird von sprachlichen Fähigkeiten, insbesondere der Fähigkeit, eigene Emotionen mitzuteilen und zu begründen, beeinflusst (vgl. Petermann & Wiedebusch 2008, S. 49; Pinquart et al. 2011, S. 190). In einer Untersuchung von Köckeritz, Klinkhammer und Salisch (2010) zum Emotionsverständnis von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund stellte die Autorengruppe fest, dass, je

schlechter die Fähigkeiten im Sprachverständnis waren, desto geringer auch die Fähigkeiten im Emotionswissen und in der Selbstregulation waren. Rezeptive und expressive Fähigkeiten ermöglichen dem Kind demnach den Aufbau eines differenzierten Wissens über Emotionen, deren Ursachen und Folgen (vgl. Multhauf & Bockmann 2015).

Eng mit dem Emotionsverständnis hängen die Theory-of-Mind-Fähigkeiten zusammen. Farrar et al. (2009) und Lockl et al. (2004) untersuchten die Theory-of-Mind-Fähigkeiten von sprachentwicklungsgestörten Kindern. Lockl et al. (2004) stellten fest, dass die sprachlichen Leistungen dreijähriger Kinder ein guter Prädiktor für die späteren Theory-of-Mind-Leistungen der Vierjährigen sind. Auch bei Farrar et al. (2009) standen alle erhobenen sprachlichen Fähigkeiten (expressive Fähigkeiten, Morphosyntax, Komplementierung, Wortverständnis) in einem signifikanten Zusammenhang mit den ToM-Fähigkeiten.

Darüber hinaus belegten zahlreiche Studien einen Zusammenhang zwischen dem Sprachentwicklungsstand und der Fähigkeit zur Emotionsregulation. Greenberg, Kusche und Speltz (1991) fassten die Bedeutsamkeit von Sprache für die Emotionsregulation wie folgt zusammen:

- “First, it serves the internal executive function of mediating between intention and behavioral action. [...]
- The second function of language is to communicate one’s internal state to others. [...]
- Finally, language [...] allows the child to become consciously aware of how he or she is feeling” (S. 25).

Ab einem Alter von drei Jahren wird Sprache als Mittel zur Emotionsregulation genutzt (vgl. Petermann et al. 2004, S. 152). Nach Cohen und Mendez (2009) sind insbesondere die rezeptiven Fähigkeiten für die Fähigkeit zur Emotionsregulation bedeutsam. Rezeptive Fähigkeiten sind notwendig, um Hinweise aus dem sozialen Umfeld zu verstehen und zur Anpassung der emotionalen Reaktionen zu nutzen (vgl. Multhauf & Bockmann 2015). Neben den rezeptiven Kompetenzen stehen die expressiven Kompetenzen mit der Fähigkeit zur Emotionsregulation in einem Zusammenhang. Roben, Cole und Armstrong (2013) zeigten auf, dass die expressiven Fähigkeiten im Alter zwischen 18 und 24 Monaten die Fähigkeit zum Ärgerausdruck im Vorschulalter vorhersagen. Je besser die sprachlichen Fähigkeiten bzw. je schneller die sprachlichen Fähigkeiten zunahmen, desto seltener waren die Kinder frustriert, und desto besser waren ihre Fähigkeiten zum Ärgerausdruck. Mittels expressiver Fähigkeiten können Emotionen und Bedürfnisse verbalisiert werden sowie Unterstützung zur Regulation dieser eingefordert

werden (vgl. Multhauf & Bockmann 2015). Positiv beeinflusst wird die Emotionsregulation darüber hinaus durch die von sprachlichen Kompetenzen abhängende Fähigkeit, Selbstgespräche führen zu können (vgl. Berk & Potts 1991). Berk und Potts (1991) verglichen die Fähigkeit, Selbstgespräche zu führen, von sechs bis zwölf Jahre alten Schülern mit und ohne ADHS. Kinder mit ADHS zeigten eine Verzögerung in der Entwicklung von Selbstgesprächen und machten mehr Gebrauch von externalisierenden und selbstleitenden Gesprächen anstelle von unhörbaren, internalisierenden Gesprächen. Selbstgespräche tragen zu einer Verlangsamung emotionaler Reaktionen bei und ermöglichen eine Unterdrückung, Verzögerung, Veränderung und Reflexion von Emotionen (vgl. Multhauf & Bockmann 2015).

Neben dem Emotionsverständnis und der Emotionsregulation ermöglichen Fortschritte in der sprachlichen Entwicklung einen verbesserten sprachlichen Emotionsausdruck, wodurch nicht nur die eigenen Emotionen und die Emotionen anderer Personen verbalisiert werden können, sondern auch ein Austausch über Gefühlszustände möglich wird (vgl. Petermann & Wiedebusch 2008, S. 42). Am Ende des zweiten Lebensjahres und nach dem Aufbau eines ersten Emotionsvokabulars sind die Kinder in der Lage, sich über ihre Gefühlswelt auszutauschen (vgl. Amerein 2014, S. 353). Bis zum zwölften Lebensjahr entwickelt sich das Emotionsvokabular und wird zunehmend differenzierter, wodurch auch komplexen Emotionen Ausdruck verliehen werden kann (vgl. Petermann & Wiedebusch 2008, S. 42 ff.).

Doch nicht nur die rezeptiven und expressiven Fähigkeiten sind für die emotionale Entwicklung bedeutsam, sondern auch die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen. Nach Petermann und Wiedebusch (2008) wirken sich Gespräche über Emotionen auf das Emotionsverständnis und –vokabular aus. Pragmatisch-kommunikative Kompetenzen ermöglichen dem Kind, sich im Dialog über Gefühle auszutauschen und diese zu reflektieren. Auf diese Weise gelingt dem Kind der Aufbau eines differenzierten Wissens über Emotionen, deren Ursachen, Ausdruck, Konsequenzen und Regulation (vgl. Multhauf & Bockmann 2015).

Die Auswirkungen des Sprachentwicklungsstandes auf die soziale Kompetenz wurden von Longoria, Page, Hubbs-Tait und Kennison (2009) belegt. Die Forschungsgruppe stellte einen signifikanten Zusammenhang zwischen den sprachlichen Fähigkeiten von Kindergartenkindern und der sozialen Kompetenz fest. Auch Gallagher (1999) hält in seiner Übersichtsarbeit fest, dass die soziale Kompetenz durch expressive Fähigkeiten, den Wortschatz, die pragmatischen Fähigkeiten und das Sprachverständnis beeinflusst wird. Die Bedeutsamkeit des Sprachverständnisses für die Beliebtheit bei Peers

wird auch durch Gertner et al. (1994) belegt. Neben den aufgeführten Studien zum Zusammenhang des Sprachentwicklungsstandes mit verschiedenen sozialen und emotionalen Kompetenzbereichen belegen Studien zu Verhaltensauffälligkeiten bei sprachbehinderten Kindern die Bedeutsamkeit sprachlicher, vor allem pragmatischer Fähigkeiten, für die sozial-emotionale Entwicklung (siehe Kap. 2.3.3; 2.5.2).

Exekutive Funktionen

Nicht nur die ToM wirkt sich auf die sozial-emotionale Entwicklung aus, sondern auch die mit diesen Fähigkeiten in einem engen Zusammenhang stehenden exekutiven Funktionen (vgl. Röthlisberger et al. 2010). Wie bereits in Kapitel 2.2.2 erläutert, sind die exekutiven Funktionen, bestehend aus Arbeitsgedächtnis, Inhibition (Impulskontrolle) und der kognitiven Flexibilität, für die zielgerichtete Planung und Steuerung von Handlungen verantwortlich. Die exekutiven Funktionen haben somit einen entscheidenden Einfluss auf die Emotionsregulation (vgl. Amerein 2014, S. 357). Hintermair, Schenk und Sarimski (2011) belegten in ihrer Untersuchung zu den exekutiven Funktionen, der kommunikativen Kompetenz und Verhaltensauffälligkeiten bei hörgeschädigten Kindern, dass Probleme in den exekutiven Funktionen das Risiko für sozial-emotionale Auffälligkeiten erhöhen (vgl. S. 95). Speziell den Zusammenhang mit ADHS untersuchten Hampel, Petermann und Desman (2009). Jungen mit ADHS schnitten in allen untersuchten exekutiven Funktionen signifikant schlechter ab als die Kontrollgruppe.

Eltern-Kind-Interaktion

Als ein wesentlicher Einflussfaktor für die sozial-emotionale Entwicklung gilt heute die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Mayer et al. 2012, S. 74). Nach Petermann und Wiedebusch (2008) wirken sich folgende Faktoren in der Eltern-Kind-Interaktion positiv auf das Emotionsverständnis, den sprachlichen Emotionsausdruck und die Emotionsregulation des Kindes aus (S. 85):

- Positive Bindung zum Kind
- Positives emotionales Klima in der Familie
- Offener Ausdruck eigener Emotionen
- Häufige Gespräche über Gefühle
- Angemessener Umgang mit den Gefühlen des Kindes und
- Hilfe bei der Emotionsregulation

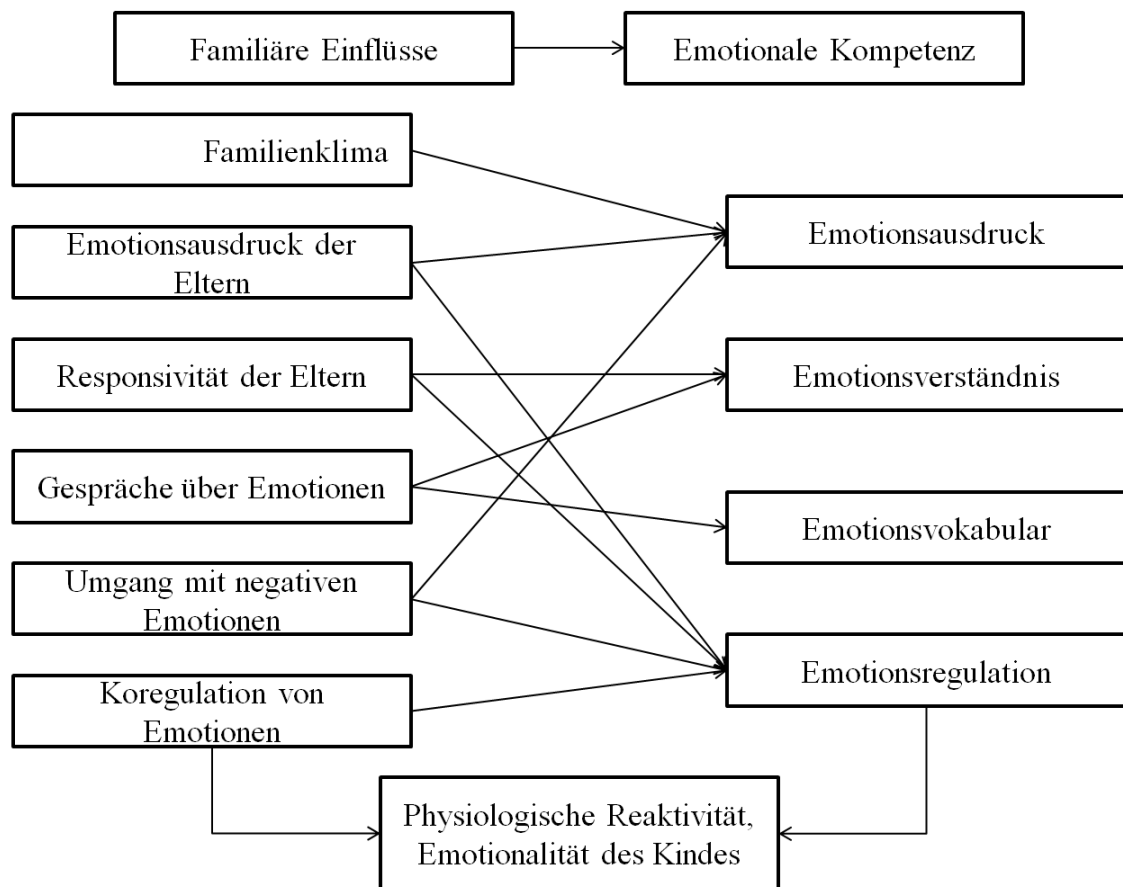


Abbildung 7. Familiäre Einflüsse auf die Entwicklung emotionaler Kompetenz (nach Petermann & Wiedebusch 2008, S. 86)

Das von Petermann und Wiedebusch (2008) entwickelte Schaubild (Abbildung 7) verdeutlicht, dass sich eine familiäre Komponente auf mehrere Bereiche der emotionalen Entwicklung auswirken kann. Der Emotionsausdruck der Eltern, die Responsivität der Eltern, deren Umgang mit negativen Emotionen und die Gespräche über Emotionen wirken sich jeweils auf zwei Komponenten emotionaler Kompetenz aus. Am stärksten werden die Emotionsregulation und die Fähigkeit zum Emotionsausdruck durch die Eltern geprägt (siehe zur differenzierten Darstellung der einzelnen Einflussfaktoren Petermann & Wiedebusch 2008, S. 86 ff.).

Erziehungsverhalten

Das Erziehungsverhalten wirkt sich nachhaltig auf die sozial-emotionale Entwicklung von Kindern aus. Es können drei Erziehungsstile voneinander unterschieden werden:

- Autoritärer Stil
- Laissez-faire-Stil
- Autoritativer Stil

In verschiedenen Studien stellte sich der autoritative Stil als besonders entwicklungsförderlich heraus. Kennzeichnend für den autoritativen Stil sind die klar begründeten Regeln, auf deren Einhaltung die Eltern konsequent und konsistent achten, das Mitspracherecht aufseiten des Kindes, das Ernstnehmen von Sorgen und Nöten und die gegenseitige Wertschätzung. Die Wahl des Erziehungsstils vonseiten der Eltern wird durch das Temperament des Kindes und die Eltern-Kind-Bindung beeinflusst. Sicher gebundene Kinder und pflegeleichte/einfache Kinder erleichtern ihren Eltern die Ausübung eines autoritativen Erziehungsstils (vgl. Schneider & Hasselhorn 2012, S. 206). Kinder mit schwierigem Temperament fordern ihr Umfeld hingegen mehr, erschweren den Aufbau einer sicheren Bindung und die Praktizierung eines autoritativen Erziehungsstils (vgl. Amerein 2014, S. 341).

Kinder, die mit einem autoritativen Stil aufwachsen, neigen eher zu sozialkompetentem Verhalten, sind selbstbewusster und beliebter bei Peers (vgl. Kray & Schäfer 2012, S. 227). Ein autoritärer und streng strafender Erziehungsstil, der auch körperliche Bestrafungen beinhaltet, fördert demgegenüber eher problematische Verhaltensweisen wie externalisierende oder internalisierende Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Javo, Ronning, Heyerdahl & Rudmin 2004). Javo et al. (2004) heben allerdings hervor, dass sich das Erziehungsverhalten abhängig vom kulturellen Hintergrund unterschiedlich auswirken kann und auch Geschlechterunterschiede berücksichtigt werden müssen.

Eltern-Kind-Bindung

Nach Bowlby gehen Kleinkinder mit denjenigen Menschen eine Bindung ein, denen es gelingt, erfolgreich und konsistent auf die Signale einzugehen (vgl. Zimbardo & Gerrig 2004, S. 472). Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) setzten sich mit den qualitativen Unterschieden von Bindungen auseinander. Als Verfahren setzten sie den Fremden-Situation-Test ein. Nach Ainsworth et al. (1978) können vier verschiedene Bindungstypen unterschieden werden: sicher gebunden, unsicher gebunden-vermeidend, unsicher gebunden-ambivalent und desorganisiert gebunden (vgl. Zimbardo & Gerrig 2004, S. 473 f.). Unterschiede in den Bindungsqualitäten können auf das Temperament des Kindes, die Bindungserfahrungen der Eltern sowie auf das psychische Befinden der Eltern zurückgeführt werden (vgl. Ijzendoorn, Goldberg, Kroonenberg & Frenkel 1992; Zentner 2000). Der Bindungstyp ermöglicht Vorhersagen über das spätere Verhalten eines Kindes. So unterschieden sich 15 Monate alte sicher gebundene Kinder deutlich im Bereich des schulischen Verhaltens von unsicher gebundenen Kindern. In einer

Längsschnittuntersuchung stellten Bohlin, Hagekull und Rydell (2000) fest, dass im Alter von 15 Monaten sicher gebundene Kinder im Alter von acht bis neun Jahren aktiver am sozialen Leben teilnahmen, beliebter waren und weniger ängstlich als unsicher gebundene Kinder. Eine sichere Bindung ermöglicht Kindern, eine Vielzahl prosozialer Verhaltensweisen zu erlernen, neue Situationen zu erkunden sowie Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen zu sammeln (vgl. Zimbardo & Gerrig 2004, S. 474). Nach dem National Advisory Mental Health Council (1995 zit. n. Petermann et al. 2004, S. 332) sind sicher gebundene Kinder eher konfliktlos, empathisch und kompetent, wohingegen unsicher gebundene Kinder eher zu Gewalttätigkeit, Distanziertheit und übermäßiger Abhängigkeit neigen.

Peer-Kontakte

Neben dem familiären Umfeld stellen Peer-Kontakte eine entscheidende Einflussgröße für die sozial-emotionale Entwicklung dar. Mit dem Kindergartenentritt interagieren viele Kinder erstmals mit mehreren Gleichaltrigen. Die zuvor im häuslichen Umfeld gewonnenen sozial-emotionalen Kompetenzen finden nun ihre Anwendung. Sie sind die Voraussetzung und Grundlage, um mit Gleichaltrigen in Kontakt zu treten und konfliktfreie Interaktionen zu erleben. Im Austausch mit Gleichaltrigen, insbesondere im gemeinsamen Spiel, lernen sie, zu teilen sowie Wünsche und Bedürfnisse aufeinander abzustimmen (vgl. Mayer et al. 2012, S. 78). Die sozial-emotionalen Kompetenzen werden somit im Peer-Kontakt erweitert und ausdifferenziert. Die Kinder erfahren, welche Verhaltensweisen von Gleichaltrigen begrüßt und welche gemieden werden sollten. Unzureichende Kompetenzen werden durch Ausgrenzungen vonseiten der Gleichaltrigen bestraft, wodurch auch die Möglichkeit zur Weiterentwicklung der sozial-emotionalen Kompetenzen u. U. genommen wird. „Mangelnde soziale Kompetenz und fehlende Freundschaften sind daher Risikobedingungen für die weitere Entwicklung von Kindern. Positive Beziehungen zu Gleichaltrigen stellen hingegen eine Schutzbedingung für Kinder dar“ (Mayer et al. 2012, S. 79).

2.3.2 Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

2.3.2.1 Definition und Abgrenzung der Begrifflichkeiten „Verhaltensstörungen“, „Verhaltensauffälligkeiten“ und „Psychische Störungen“

Havers (1978) führt eine Vielfalt an Begrifflichkeiten zur Beschreibung abweichenden Verhaltens auf (vgl. S. 13). In den letzten Jahren setzten sich insbesondere die Begrifflichkeiten „Verhaltensstörung“ und „Verhaltensauffälligkeit“ durch, weshalb ihnen im Folgenden nähere Beachtung zukommen wird (vgl. Hillenbrand 2008, S. 8). Die Begrifflichkeiten „Verhaltensstörung“ und „Verhaltensauffälligkeit“ werden sowohl synonym verwendet als auch inhaltlich voneinander getrennt betrachtet (vgl. Myschker 2009, S. 45).

Verhaltensstörungen

Myschker (2009) definiert eine „Verhaltensstörung“ als „ein von den zeit- und kulturspezifischen Erwartungsnormen abweichendes maladaptives Verhalten, das organogen und/oder milieureaktiv bedingt ist, wegen der Mehrdimensionalität, der Häufigkeit und des Schweregrades die Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsfähigkeit sowie das Interaktionsgeschehen in der Umwelt beeinträchtigt und ohne besondere pädagogisch-therapeutische Hilfe nicht oder nur unzureichend überwunden werden kann“ (S. 49). Für Schwenck (2012) müssen, um von einer „Verhaltensstörung“ sprechen zu können, zwei Kriterien erfüllt sein:

- 1) „Das Verhalten muss von der Erwartungsnorm abweichen
 - Art, Anzahl und Ausprägung der Symptome
 - Häufigkeit des Auftretens der Symptome
 - Zeitdauer des Auftretens
- 2) Aus dieser Abweichung muss eine Beeinträchtigung des Kindes und/oder seines sozialen Umfeldes resultieren
 - Soziale, schulische oder gesellschaftliche Integration
 - Leistungsfähigkeit
 - Leiden des Kindes selbst und/oder seines sozialen Umfeldes“ (S. 620).

Die beiden genannten Definitionen weisen eine inhaltliche Übereinstimmung auf. Sowohl Schwenck (2012) als auch Myschker (2009) sprechen von Abweichungen von der Erwartungsnorm und stellen die Auswirkungen dieser Abweichungen dar. Mysch-

ker (2009) hebt allerdings ergänzend die Bedeutsamkeit therapeutischer Unterstützung hervor und geht auf die Ätiologie ein.

Hinter dem Begriff der „Störung“ verbirgt sich nach Myschker (2009), „dass nicht nur vorübergehend eine Problemkonstellation gegeben ist, dass vielmehr längerfristig individuelles und soziales Leben beeinträchtigt ist, dass für das Kind oder den Jugendlichen die Gefahr besteht, sich das soziokulturelle Erbe nicht adäquat aneignen und Mündigkeit, Unabhängigkeit, Selbstverwirklichung nicht erreichen zu können“ (S. 46).

Verhaltensauffälligkeiten

Nach Myschker (2009) wird der Begriff der „Verhaltensauffälligkeiten“ häufiger verwendet, weil er als „wertneutral“ gilt, allerdings hält er diesen Begriff aus verschiedenen Gründen für „wenig geeignet“ (S. 45). Am Begriff der „Auffälligkeit“ kritisiert er zum einen, dass nicht alle Kinder mit Störungen im sozial-emotionalen Bereich „auffällig“ werden, und führt hierzu Kinder mit internalisierenden und regressiven Erscheinungsformen an. Darüber hinaus werde jeder Mensch in seinem Verhalten hin und wieder auffällig, beispielsweise bei Übermüdung, Überlastung oder Trunkenheit. Weiterhin müsse eine Auffälligkeit nicht immer negativ besetzt sein, sondern könne auch positive Aspekte beinhalten, sodass zwischen positiver und negativer Verhaltensauffälligkeit differenziert werden müsse. Letzteren Kritikpunkt formuliert Havers bereits im Jahr 1978 (vgl. S. 13). Aufgrund der mangelnden Präzision und Differenziertheit des Begriffs „Verhaltensauffälligkeit“ hält Myschker (2009, S. 45) diesen für den wissenschaftlichen Sprachgebrauch für nicht gut geeignet.

Psychische Störungen

Der Begriff „psychische Störung“ wurde in der DSM-Klassifikation aus dem Jahr 1980 eingeführt und ersetzt die Begrifflichkeiten „psychiatrische Störung“ oder „psychiatrische Erkrankung“ (vgl. Wittchen & Hoyer 2011, S. 8). Während manche Autoren den Begriff „psychische Störung“ vom Begriff der „Verhaltensstörung“ abgrenzen (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Petermann 2013), verwenden andere Autoren den Begriff synonym. Die Definition von Renneberg, Heidenreich und Noyon (2009) zum Begriff „psychische Störung“ verdeutlicht die inhaltliche Nähe der beiden Begrifflichkeiten. „Unter einer Störung werden Symptome oder Symptommuster (Syndrome) im Denken, Erleben und/oder Handeln einer Person verstanden, die von der Norm abweichen, zu einer Be-

einträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit und/oder sozialen Aktivitäten führen, durch ausgeprägtes Leiden gekennzeichnet sind und bei den Betroffenen ein Änderungsbedürfnis hervorrufen“ (S. 21).

In der DSM-5 werden „psychische Störungen“ wie folgt definiert:

Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten. Eine normativ erwartete und kulturell anerkannte Reaktion auf übliche Stresssorgen oder Verlust, wie z. B. der Tod einer geliebten Person, sollte nicht als psychische Störung angesehen werden. Sozial abweichende Verhaltensweisen (z. B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind keine psychischen Störungen, es sei denn, der Abweichung oder dem Konflikt liegt eine der oben genannten Dysfunktionen zugrunde. (Falkai & Wittchen 2015, S. 26)

Petermann et al. (2004) grenzen den Begriff der „psychischen Störung“ vom Begriff der „Verhaltensstörung“ ab. Verhaltensstörungen sind für sie psychische Störungen, die in der Kindheit beginnen und durch „Veränderungen im Verhalten einer Person oder durch ein gestörtes Verhalten im Vergleich zu gleichaltrigen Personen“ (S. 299) auffallen. Die ICD-10 trennt demgegenüber nicht zwischen den Begrifflichkeiten. Psychische Störungen, die in der Kindheit und Jugend beginnen, werden auch als solche bezeichnet („Psychische Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“).

Sowohl in der Definition von Renneberg et al. (2009) als auch in der Definition der DSM-5 (Falkai & Wittchen 2015) werden psychische Störungen als Syndrom oder Muster verstanden, die gravierende Beeinträchtigungen im alltäglichen Lebensvollzug nach sich ziehen und zu einem hohen Leiden aufseiten der Betroffenen führen. Die Definition der DSM-5 (Falkai & Wittchen 2015) weist im Gegensatz zu Renneberg et al. (2009) ergänzend auf Ausschlusskriterien hin. Petermann et al. (2004) grenzen den Begriff der psychischen Störung vom Begriff der Verhaltensstörung durch das Alter zu Beginn der Störung ab.

Aufgrund der Nähe der Begrifflichkeiten „Verhaltensstörungen“ und „psychische Störungen“ werden diese in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet. Von „Verhal-

tensauffälligkeiten“ wird gesprochen, wenn die Kriterien für eine Störung nicht gänzlich erfüllt sind bzw. in den vorgestellten Studien explizit von Auffälligkeiten gesprochen wird.

2.3.2.2 Klassifikation von Verhaltensstörungen

Meist werden Verhaltensstörungen in externalisierende und internalisierende Störungen unterteilt (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Petermann 2013; Myschker 2009, S. 55). Externalisierende Symptome richten sich nach außen, internalisierende Symptome hingegen nach innen. Externalisierende Störungen sind für das Umfeld schneller zu erkennen und nehmen auch einen größeren Einfluss auf die umgebenden Personen. Die subjektiv empfundene Belastung unterscheidet sich für das betroffene Individuum bei externalisierenden oder internalisierenden Problemen allerdings nicht. Auch die Gefahren, die von externalisierenden und internalisierenden Störungen ausgehen, sind vergleichbar (vgl. Myschker 2009, S. 55). Neben externalisierendem und internalisierendem Verhalten führt Myschker (2009, S. 55) in seiner Klassifikation von Verhaltensstörungen Kinder und Jugendliche mit sozial unreifem Verhalten und als vierte Gruppe Kinder und Jugendliche mit sozialisiert-delinquentem Verhalten auf, wobei er hervorhebt, dass diese „weniger gut belegt sind“ (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17 *Klassifikation von Verhaltensstörungen (Myschker 2009, S. 55)*

Gruppierung	Symptomatik
1. Kinder und Jugendliche mit externalisierendem, aggressiv-ausagierendem Verhalten	Aggressiv, überaktiv, impulsiv, exzessiv streitend, aufsässig, tyrannisierend, regelverletzend, Aufmerksamkeitsstörung
2. Kinder und Jugendliche mit internalisierendem, ängstlich-gehemmtem Verhalten	Ängstlich, traurig, interessenlos, zurückgezogen, freudlos, somatische Störungen, kränkelnd, Schlafstörungen, Minderwertigkeitsgefühle
3. Kinder und Jugendliche mit sozial unreifem Verhalten	Nicht altersentsprechend, leicht ermüdbar, konzentrationsschwach, leistungsschwach, Sprach- und Sprechstörungen
4. Kinder und Jugendliche mit sozialisiert-delinquentem Verhalten	Verantwortungslos, reizbar, aggressiv-gewalttätig, leicht erregt, leicht frustriert, reue-los, Normen missachtend, risikobereit, niedrige Hemmschwellen, Beziehungsstörungen

Aktuell existieren in der Praxis zwei gängige Klassifikationssysteme psychischer Störungen: „Die International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death“ in der zehnten Auflage (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt 2008) und das „Diagnostic and Statistical Manual“ seit Mai 2013 in der fünften Auflage (DSM-5; Falkai & Wittchen 2015). Die ICD-10 ist das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Es setzt sich aus 22 Kapiteln zusammen, wovon Kapitel fünf die psychischen und Verhaltensstörungen, bestehend aus elf Untergruppen, umfasst. Die vorletzte Untergruppe beinhaltet Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit dem Schlüssel F90-F98. Das DSM-5 ist das Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA) und stellt somit im Gegensatz zur ICD-10 ein spezifisch psychiatrisches Diagnosesystem dar (vgl. Gebhard 2013b, S. 18; Stein 2008, S. 38). Die ICD-10 und das DSM-5 weisen viele Gemeinsamkeiten auf. Sowohl die ICD-10 als auch DSM-5 sind multiaxiale Klassifikationssysteme. Mit beiden Klassifikationssystemen wird versucht, einen möglichst objektiven diagnostischen Prozess zu ermöglichen (vgl. Petermann et al. 2004, S. 302). Viele der in dem DSM-5 beschriebenen Störungen finden sich auch in der ICD-10 wieder. Das DSM-5 ist im Vergleich zur ICD-10 differenzierter und führt speziellere und genauere diagnostische Kriterien auf (vgl. Falkai & Wittchen 2015, S. LII).

2.3.2.3 Prävalenz

In einer Übersichtsarbeit fassen Roberts, Attkisson und Rosenblatt (1998) die Ergebnisse zur Häufigkeit von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter zusammen. Die Forschungsgruppe überprüfte die Ergebnisse von 52 Studien der letzten vier Dekaden aus über 20 Ländern. Die Größe der Probandengruppe variierte zwischen 58 und 8462 Teilnehmern im Alter zwischen 12 Monaten und 18 Jahren. Die Angaben zur Prävalenz schwankten zwischen 1 % und 51 % mit einem Mittelwert von 16 % und einem Median von 18 %. Für das Vorschulalter ermittelten Roberts et al. (1998) einen Median von 8 %, für das späte Kindesalter einen Median von 12 %, für das Jugendalter einen Median von 15 % und für das Erwachsenenalter einen Median von 18 %.

Auch Ihle und Esser (2002) überprüften die Ergebnisse von Studien zur Häufigkeit von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. In ihrer Überblicksarbeit kommen sie auf einen Medianwert von 18 %. In drei Vierteln der bearbeiteten Studien lag die Prävalenzrate allerdings zwischen 15 % und 22 %. Psychische Störungen kom-

men im Kindes- und Jugendalter somit in einer ähnlichen Häufigkeit vor wie im Erwachsenenalter. Was das Geschlechterverhältnis anbelangt, so betonen die Autoren, dass bis zum Alter von 13 Jahren Jungen häufiger von psychischen Störungen betroffen sind, im Jugendalter allerdings eine zunehmende Angleichung der Prävalenzraten stattfindet und im späten Jugendalter schließlich die Prävalenzraten zuungunsten der Mädchen ausfallen. Am häufigsten wurden in den überprüften Studien Angststörungen diagnostiziert (10 %). Dissoziale Störungen lagen in 8 % der Fälle vor sowie depressive Störungen und hyperkinetische Störungen jeweils in 4 % der Fälle. Bei den Kindern bis zu einem Alter von 13 Jahren dominierten mit jeweils 7 % die Angst- und dissozialen Störungen, gefolgt von hyperkinetischen Störungen in 4 % der Fälle und depressiven Störungen in 2 % der Fälle. Geschlechtsunterschiede wurden nicht nur in der Prävalenzrate, sondern auch in der Form psychischer Störungen beobachtet. Jungen waren häufiger von hyperkinetischen Störungen, dissozialen Störungen, Störungen durch Substanzgebrauch und monosymptomatischen Störungen wie Tics und Enkopresis betroffen, während die Mädchen höhere Raten von Essstörungen und psychosomatischen Störungen zeigten. Bei depressiven Störungen und Angststörungen beobachtete das Forschungsteam einen Wandel im Geschlechterverhältnis vom Schul- bis ins Erwachsenenalter. Depressive Störungen zeigten sich im Schulalter häufiger bei Jungen, während im späten Jugendalter und frühen Erwachsenenalter hauptsächlich Mädchen die genannte Störung aufwiesen. Ähnlich fielen die Verläufe der Angststörungen aus. Im frühen Erwachsenenalter waren die Frauen zwei- bis dreimal häufiger von Angststörungen betroffen, während im Schulalter Angststörungen in ähnlicher Häufigkeit bei den Geschlechtern auftraten.

Hölling, Erhardt, Ravens-Sieberer und Schlack (2007) veröffentlichten die Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), der von Mai 2003 bis Mai 2006 durch das Robert-Koch-Institut durchgeführt wurde mit dem Ziel, den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland zu erfassen. 14478 Eltern von drei bis 17 Jahre alten Kindern beantworteten hierzu den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Im auffälligen Bereich befanden sich 7 % sowie im grenzwertigen Bereich 8 % der Kinder und Jugendlichen. Der SDQ-Gesamtwert lag bei 12 % der Mädchen und 18 % der Jungen im auffälligen bzw. grenzwertigen Bereich. Mädchen waren somit seltener von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Jungen. Der Geschlechterunterschied war bei den 14- bis 17-Jährigen am geringsten. Am häufigsten lagen psychische Auffälligkeiten in der Altersgruppe der 7- bis 13-Jährigen vor und bei Kindern mit Migrationshintergrund sowie bei Kindern aus

einem häuslichen Umfeld mit niedrigem sozioökonomischen Status. Am häufigsten tauchten Verhaltensauffälligkeiten auf (15 %), gefolgt von Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen (12 %), emotionalen Problemen (9 %), Hyperaktivitätsproblemen (8 %) und Problemen im prosozialen Verhalten (4 %). Betrachtet man die Formen psychischer Störungen genau, so dominierten emotionale Probleme im Alter zwischen 7 und 13 Jahren und beim weiblichen Geschlecht. Die Prävalenzwerte von Verhaltensproblemen variieren über die Altersgruppen kaum, allerdings waren Jungen über alle Altersgruppen hinweg häufiger von Verhaltensproblemen betroffen. Hyperaktivitätsprobleme traten vornehmlich in der Altersgruppe der Sieben- bis Zehnjährigen auf. Jungen waren etwa doppelt so häufig von Hyperaktivitätsproblemen betroffen wie Mädchen. Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen kamen am häufigsten in der Altersgruppe der 11- bis 13- und 14- bis 17-Jährigen vor wie auch beim männlichen Geschlecht. Auch beim prosozialen Verhalten waren die Jungen über alle Altersgruppen hinweg gegenüber den Mädchen benachteiligt. Untersucht wurde im Rahmen des KiGGS auch, inwieweit sich der Faktor „alleinerziehend“ auf die Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen auswirkt. In der Altersgruppe der 3- bis 17-Jährigen waren Kinder aus unvollständigen Familien knapp doppelt so häufig von psychischen Auffälligkeiten betroffen wie Kinder aus vollständigen Familien (vgl. Hölling & Schlack 2008).

Die BELLA-Studie wurde ergänzend im Rahmen des deutschen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) durchgeführt (vgl. Ravens-Sieberer, Wille & Erhart 2007). Es nahmen 2942 Eltern und deren Kinder im Alter zwischen 7 und 17 Jahren an der Zusatzuntersuchung mit einer Erweiterung des SDQ – dem „Impact-Supplement“ – teil. Bei 22 % der Kinder und Jugendlichen gab es Hinweise auf psychische Auffälligkeiten, wovon 10 % der Kinder und Jugendlichen „wahrscheinlich“ psychisch auffällig und 12 % von „möglichen“ psychischen Auffälligkeiten betroffen waren. Jungen zeigten leicht häufiger psychische Auffälligkeiten als Mädchen. Mit zunehmendem Alter stieg in der Studie das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten. Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status wiesen am häufigsten psychische Auffälligkeiten auf. 65 % der Kinder waren nicht nur von allgemeinen psychischen Auffälligkeiten betroffen, sondern erfüllten zusätzlich die Kriterien für mindestens eine spezifische psychische Störung. Was das Auftreten spezifischer Störungen anbelangt, so dominierten die Angststörungen (10 %), gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens (8 %), Depressionen (5 %) und ADHS (2 %). Diese Verteilung blieb sowohl über die Altersgruppen als auch den sozioökonomischen Status unverändert. Während sich die Häufigkeiten von Depressionen und Störungen des Sozialverhaltens vom Kindes- bis ins Jugendalter kaum veränderten,

dominierten Ängste im Alter zwischen 11 und 13 Jahren und ADHS im Alter zwischen sieben und zehn Jahren.

Zusammenfassend lässt sich aus den obigen Ausführungen festhalten, dass ca. 18 % der Kinder- und Jugendlichen von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind. Psychische Störungen nehmen mit hoher Wahrscheinlichkeit mit der Zeit zu, wobei insbesondere die Altersgruppe der 7- bis 13-Jährigen von psychischen Auffälligkeiten betroffen ist. Das männliche Geschlecht ist im Vergleich zum weiblichen Geschlecht häufiger von psychischen Störungen betroffen, wobei im Jugendalter die Geschlechterunterschiede am geringsten sind. Was die Symptomatik anbelangt, so dominieren nach den beiden aufgeführten Übersichtsarbeiten und der BELLA-Studie Angststörungen, gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens/dissozialen Störungen, Depressionen und hyperkinetischen Störungen. Zu einer anderen Verteilung kommt das KiGGS. In dieser Untersuchung wurden bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten Probleme im Verhalten beobachtet, gefolgt von Problemen mit Gleichaltrigen, emotionalen Problemen und Hyperaktivitätsproblemen. Am seltensten wiesen die Kinder und Jugendlichen Störungen im prosozialen Verhalten auf. Sowohl in der BELLA-Studie als auch dem KiGGS änderte sich das Störungsverhältnis über die Altersgruppen nicht bzw. kaum. Kinder mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status tragen ein erhöhtes Risiko zur Ausbildung sozial-emotionaler Störungen.

2.3.2.4 Erklärungsansätze für Verhaltensstörungen

Theorien und Modelle

In der klinischen Psychologie existiert eine Vielzahl an Theorien und Modellen zur Erklärung psychischer Störungen und Auffälligkeiten. Keine dieser existierenden Theorien und Modelle erfüllt den Anspruch auf Vollständigkeit und Endgültigkeit. Vielmehr stellen sie den Erkenntnisstand des jeweiligen zeitlichen Hintergrundes dar, weshalb Teilaspekte ungeklärt bleiben (vgl. Wittchen & Hoyer 2011, S. 11). Die (neuro-)biologischen, kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Ansätze ließen in den 70er-Jahren die Kritik einer eindimensionalen Betrachtungsweise psychischer Auffälligkeiten und Störungen aufkommen. In der Folge etablierte sich der sogenannte interaktionale oder auch biopsychosoziale Ansatz, der psychische Störungen als Ergebnis des Zusammenwirkens von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren betrachtet

und daneben Risiko- und Schutzfaktoren thematisiert (vgl. Gebhard 2013a, S. 12; Myers & Hoppe-Graff 2008, S. 748; Wittchen & Hoyer 2011, S. 20). Als Modelle wurden das Diathese-Stress-Modell oder auch Vulnerabilitäts-Modell entwickelt. Im Folgenden wird das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Wittchen und Hoyer (2011, S. 21) vorgestellt (Abbildung 8).

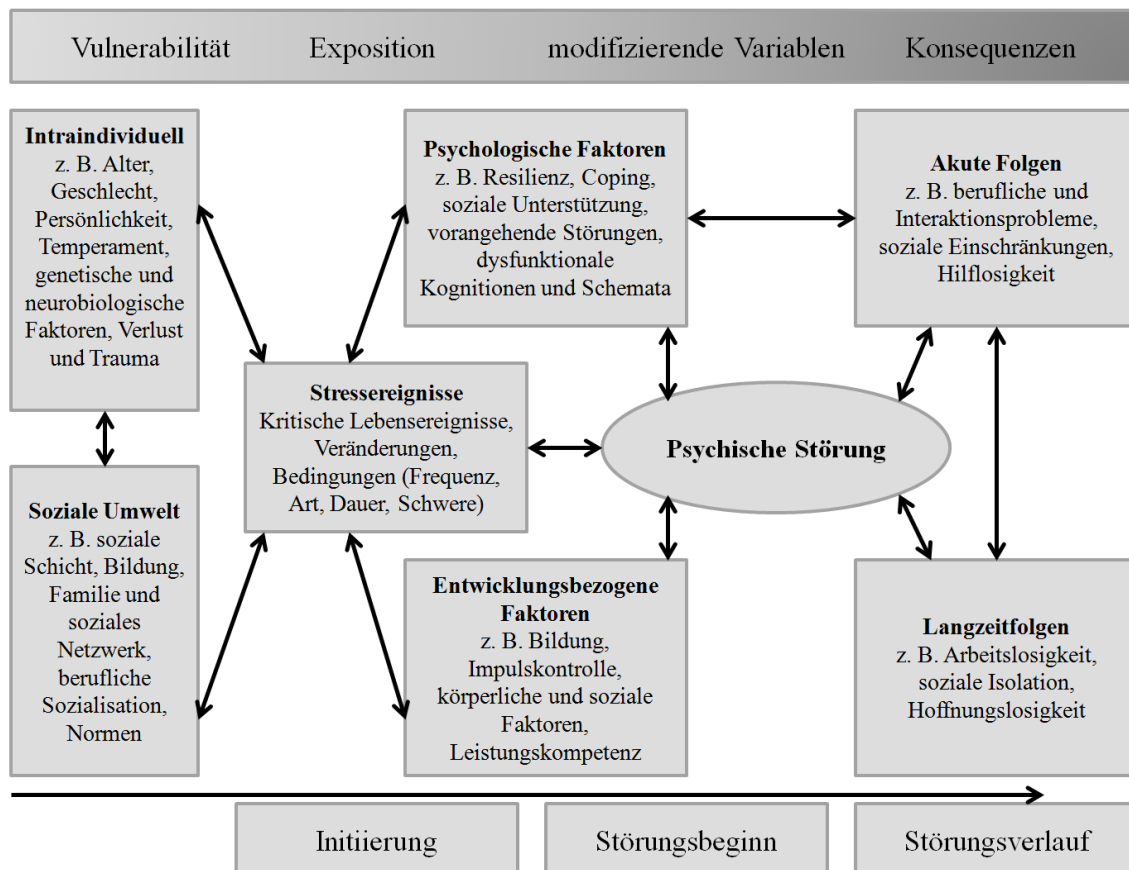


Abbildung 8. Vulnerabilitäts-Stress-Modell (nach Wittchen und Hoyer 2011, S. 21)

Kennzeichnend für dieses sowie alle anderen integrativen Modelle ist die Berücksichtigung verschiedener Faktoren und Perspektiven für die Entstehung, den Verlauf und die Aufrechterhaltung psychischer Störungen (vgl. Wittchen & Hoyer 2011, S. 21). Als „übergeordnete Modellstrukturmerkmale“ führen Wittchen und Hoyer (2011) die „Vulnerabilität“, die Exposition, die modifizierenden Variablen und die Konsequenzen auf. Im Zentrum des Modells werden die dargestellten Komponenten in Hinblick auf verschiedene Stadien psychischer Störungen beleuchtet. Die zentralen Komponenten des Modells werden im Folgenden näher vorgestellt.

„[Die] Vulnerabilität bezeichnet eine besondere Empfindlichkeit gegenüber Umweltbedingungen“ (Petermann & Resch 2013, S. 65), und sie beeinflusst das Coping, d. h. die Bewältigung von psychologischen, biologischen und sozialen Anforderungssituatio-

nen (vgl. Wittchen & Hoyer 2011, S. 22). Die Vulnerabilität, also die Anfälligkeit eines Menschen, wird genetisch beeinflusst oder erworben bzw. gelernt (vgl. Wittchen & Hoyer 2011, S. 22). Dementsprechend wird zwischen primärer und sekundärer Vulnerabilität unterschieden. Erstere rekurriert auf die von Geburt an durch genetische Dispositionen bestimmte Vulnerabilität eines Menschen; die sekundäre Vulnerabilität hingegen auf die durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt erworbene bzw. gelernte Vulnerabilität eines Menschen. Chronische Krankheiten, Entwicklungsstörungen und/oder -verzögerungen sowie Umweltfaktoren wirken u. a. auf die sekundäre Vulnerabilität eines Menschen ein (vgl. Petermann & Resch 2013, S. 65). Daneben existieren Phasen erhöhter Vulnerabilität. Phasen erhöhter Vulnerabilität sind z. B. die kritischen Wachstumsperioden in der ZNS-Entwicklung des Säuglings sowie wichtige Entwicklungsübergänge (Eintritt in den Kindergarten, Einschulung) (vgl. Petermann et al. 2004, S. 326). Die Vulnerabilität eines Menschen reicht für die Begünstigung einer Störung allerdings nicht aus. Hinzukommen müssen bestimmte „Trigger“, die in Wechselwirkung mit der Vulnerabilität einen pathogenen Entwicklungsverlauf evozieren (vgl. Wittchen & Hoyer 2011, S. 22).

Während die Vulnerabilität für die „Anfälligkeit“ eines Menschen steht, kennzeichnet das Konzept der „Resilienz“ die Widerstandsfähigkeit eines Menschen. „Resilienz (Widerstandsfähigkeit) umschreibt die Fähigkeit eines Kindes, relativ unbeschadet mit den Folgen beispielsweise belastender Lebensumstände umgehen und Bewältigungskompetenzen entwickeln zu können“ (Petermann et al. 2004, S. 344). Resilienten Menschen gelingt, im Gegensatz zu vulnerablen Menschen, die erfolgreiche Anpassung an negative Lebensereignisse trotz des Vorhandenseins von Vulnerabilität und Risikofaktoren (vgl. Wittchen & Hoyer 2011, S. 22). Auch wenn es sich nach Petermann und Resch (2013) bei der Resilienz um kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal handelt, gibt es dennoch einige kindbezogene, durch genetische Dispositionen bestimmte Faktoren wie bspw. das Geschlecht und Temperament, die auf die Widerstandsfähigkeit eines Menschen Einfluss nehmen. Neben den kindbezogenen Faktoren beeinflussen die durch die Interaktion mit der Umwelt erworbenen protektiven Faktoren sowie die umgebungsbezogenen Faktoren die Widerstandsfähigkeit eines Menschen (vgl. Petermann & Resch 2013, S. 66; zur Übersicht von risikomildernden Faktoren im Kindes- und Jugendalter siehe Tabelle A. 4). Im Entwicklungsverlauf existieren bestimmte Phasen erhöhter Resilienz, sodass resilientes Verhalten keinesfalls eine „überdauernde, stabile und allumfassende Fähigkeit oder Eigenschaft“ darstellt (Petermann & Resch 2013, S. 66).

Der Begriff „Stress“ bzw. „Exposition“ meint eine „Belastung, die aktuell oder langfristig die Entwicklung beeinflussen kann“ (Schneider & Lindenberg 2012, S. 781). Die Belastung bzw. der Stress kann sich auf der biologischen, sozialen und/oder psychologischen Ebene äußern und stellt das Ergebnis eines Bewertungsprozesses von Bedrohungen und Herausforderungen aus der Umwelt dar (vgl. Myers & Hoppe-Graff 2008, S. 693; Wittchen & Hoyer 2011, S. 22). Die Bewertung eines Ereignisses erfolgt individuell, sodass manche Ereignisse bei Personen ein Stresserleben auslösen können und bei anderen nicht (vgl. Schneider & Lindenberg 2012, S. 781). Die Bedeutung eines Stressereignisses, dessen Ausmaß und Auswirkungen hängen von der Vulnerabilität, dem neurologischen und psychologischen Entwicklungsstadium, der Koaggregation mit anderen Lebensereignissen sowie den Copingressourcen und der Resilienz einer Person ab (vgl. Wittchen & Hoyer 2011, S. 22). Stress kann positiv (im Sinne von Eustress) wie auch negativ (Distress) erlebt werden (vgl. Schneider & Lindenberg 2012, S. 781).

Der Umgang mit Stress- und Belastungssituationen erfordert „Coping-Strategien“ oder „Handlungskompetenz“. „Als Handlungskompetenzen (coping skills) werden Fähigkeiten bezeichnet, die der Person ermöglichen, zumeist über verschiedene Situationsklassen hinweg flexibel und effizient zu reagieren“ (Wittchen & Hoyer 2011, S. 22). In der Tabelle 18 sind die Haupttypen des Copingverhaltens nach Laux und Weber (1990) sowie Moos (1988) gegenübergestellt.

Tabelle 18 *Haupttypen des Copingverhaltens*

Laux & Weber (1990)		Moos (1988, S. 209)	
Intrapsychische Bewältigungsformen	<ul style="list-style-type: none"> kognitive Prozesse (Wahrnehmungs-, Denk-, Vorstellungs- und Interpretationsprozesse) 	Bewertungsorientiertes Coping	<ul style="list-style-type: none"> Logische Analyse und geistige Vorbereitung Kognitive Neudefinition Kognitives Vermeiden oder Verleugnen
Aktionale Bewältigungsformen	<ul style="list-style-type: none"> Konkrete Handlungen und offenes Verhalten (problemlösendes Handeln, aggressive Reaktionen, Entspannungstechniken) 	Problemorientiertes Coping	<ul style="list-style-type: none"> Bemühung um Information und Hilfe Problemlösendes Handeln Streben nach neuen Aufgaben
Expressive Bewältigungsformen	<ul style="list-style-type: none"> Unterschiedliche Formen des Emotionsausbruchs 	Emotionsorientiertes Coping	<ul style="list-style-type: none"> Affektive Steuerung Emotionales Ausleben Resigniertes Akzeptieren

Laux und Weber (1990) unterscheiden sich von Moos (1988) ausschließlich in der Wahl der Begrifflichkeiten für die einzelnen Bewältigungsstrategien. Beide unterscheiden kognitive Bewältigungsformen von handlungsorientierten und emotionalen Bewältigungsformen. Lazarus (1995) versteht Stress als ein spezifisches Verhältnis von Person und Umwelt. Zwei Prozesse sind für das Person-Umwelt-Verhältnis entscheidend: die kognitive Bewertung und die Stressbewältigung. Im Rahmen der kognitiven Bewertung erfolgt eine Einschätzung des Ereignisses durch das Individuum (vgl. Lazarus 1995, S. 212 ff.). Die kognitive Bewertung einer und derselben Situation kann aufgrund der unterschiedlichen personalen und sozialen Ressourcen verschiedener Personen völlig unterschiedlich ausfallen (vgl. Hintermair & Horsch 1998, S. 75). Lazarus (1995) unterscheidet drei mögliche Prozesse innerhalb der kognitiven Bewertung:

- Die Primärbewertung: Ist das Ereignis für mich von persönlicher Relevanz?
- Die Sekundärbewertung: Wenn ja, reichen meine personalen und sozialen Ressourcen für die stressbezogene Auseinandersetzung aus?
- Die Neubewertung: Muss ich das ursprüngliche Ereignis neu bewerten?

Nach der kognitiven Bewertung folgt die Stressbewältigung mithilfe verschiedener Bewältigungsstrategien, die dem emotionsbezogenen Coping oder problembezogenen Coping zugeordnet werden können. Die kognitive Bewertung bei Lazarus entspricht der intrapsychischen Bewältigung bei Laux und Weber (1990) und dem bewertungsorientierten Coping bei Moos (1988). Die Bewältigungsstrategien unterscheiden sich bei den verschiedenen Autoren nicht. Ziele des Bewältigungshandelns sind:

- „den Einfluß [*sic*] möglicher schädigender Faktoren zu reduzieren,
- negative Ereignisse oder Umstände tolerieren oder den Organismus an sie anpassen,
- ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten,
- das emotionale Gleichgewicht zu sichern sowie
- befriedigende Beziehungen zu anderen Personen festzusetzen“ (Hintermair & Horsch 1998, S. 76).

Bewältigungsreaktionen sind dann als effektiv zu bezeichnen, wenn sie dazu beitragen, das Passungsverhältnis zwischen Belastung und Ressourcen wiederherzustellen. Das „problemorientierte Coping“ gilt als die effektivste Form der Problembewältigung (vgl. Petermann et al. 2004, S. 343).

Nach der Darstellung der zentralen Komponenten des Vulnerabilitäts-Stress-Modells lässt sich festhalten, dass sowohl der Beginn eines Stressereignisses als auch die Entwicklung psychischer Störungen von intraindividuellen Faktoren, der sozialen Umwelt,

psychologischen Faktoren und entwicklungsbezogenen Faktoren abhängen. Während Schutzfaktoren das Risiko für einen pathogenen Entwicklungsverlauf mindern, erhöhen Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen, körperliche Erkrankungen und andere negative Zustände.

Phasen erhöhter Vulnerabilität

Da sich sozial-emotionale Störungen zumeist in der frühen Kindheit entwickeln, soll diese Phase im Folgenden genauer betrachtet werden. Die frühe Kindheit stellt neben der pränatalen Phase eine Zeit erhöhter Vulnerabilität dar, in der Umweltfaktoren sowie genetische Vorgaben einen entscheidenden Einfluss auf die kindliche Entwicklung ausüben (vgl. im Folgenden Petermann, Petermann & Damm 2008, S. 243 ff.). Die Entwicklungsprozesse der ersten Lebensjahre basieren auf erfahrungserwartenden oder erfahrungsabhängigen Prozessen. Erstere sind abhängig von sensiblen Phasen, vom Entwicklungsalter, von Umwelteinflüssen und Reifungsprozessen. Sie fördern zentrale Fertigkeiten und führen zu universellen Lernerfahrungen. Aus der anfänglichen Synapsenüberproduktion (blooming) des Organismus werden während des Lernens nur die bedeutungsvollen Synapsen verstärkt und stabilisiert. Überflüssige synaptische Verbindungen werden hingegen abgebaut (pruning). Die Besonderheit der sensiblen Phase besteht darin, dass das während dieser Phase Erlernte ein Leben lang bestehen bleibt. Demgegenüber treten erfahrungsunabhängige Prozesse unabhängig von sensiblen Phasen über die gesamte Lebensspanne auf, festigen Gelerntes und Erinnerungen und führen zu individuellen Lernerfahrungen, welche die Individualität eines Menschen prägen. Das während dieser Phase Gefestigte und Erlernte ist jedoch von geringerer Stabilität. Treten während der Phasen erhöhter Vulnerabilität risikoe erhöhende Bedingungen auf, besteht die Gefahr, dass entscheidende Schritte in der kindlichen Entwicklung ausbleiben, die nachträglich nur über erfahrungsabhängige neuronale Prozesse mühsam erworben werden können und folglich eine geringere Stabilität aufweisen (vgl. Petermann et al. 2004, S. 244). In der Tabelle A. 5 sind in Anlehnung an Petermann et al. (2004, S. 328) sowie Petermann et al. (2008, S. 246f) prä-, peri- und postnatale Entwicklungsrisiken aufgeführt. Ein Zusammenhang mit sozial-emotionalen Störungen ist für folgende prä-, peri- und postnatale Entwicklungsrisiken belegt (Tabelle 19):

Tabelle 19 Zusammenhang von sozial-emotionalen Auffälligkeiten und prä-, peri- sowie postnatalen Entwicklungsrisiken (vgl. Petermann et al. 2008, S. 248)

Prä-, peri- und postnatale Entwicklungsrisiken	Sozial-emotionale Auffälligkeiten
Mütterlicher Nikotinkonsum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhtes Risiko zur Ausbildung von dauerhaften Verhaltensstörungen, insbesondere von ADHS ▪ Aggressivität ▪ Trotzverhalten ▪ Geringere Ansprechbarkeit ▪ Geringere soziale Interessen ▪ Geringere Interaktionsfähigkeiten
Stressbelastung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emotionale und Verhaltensprobleme ▪ Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen
Elternverhalten:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ADHS
Negative mütterliche Erwartungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Externalisierende Verhaltensstörungen
Mangel an positivem Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Externalisierende Verhaltensstörungen
Feindseliges und überstimulierendes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emotionale und Verhaltensprobleme
Psychische Störungen (Depressionen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emotionale und Verhaltensprobleme
Bindungsunsicherheit/Desorganisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emotionale und Verhaltensprobleme
Mangelnde Erziehungskompetenz/streng, strafendes und inkonsistentes Erziehungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Externalisierende Verhaltensstörungen/oppositionell-aggressives Verhalten
Frühkindliche Regulationsstörungen und/oder hohe negative Emotionalität aufseiten des Kindes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risiko für Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere ADHS

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Reihe von prä-, peri- und postnatalen Faktoren die Entwicklung von sozial-emotionalen Störungen begünstigt, gleichzeitig jedoch eine Reihe an risikomildernden Faktoren existiert, die trotz vorhandener genetischer oder psychosozialer Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsabweichungen reduzieren.

2.3.2.5 Diagnostik

Nach Blanz, Remschmidt, Schmidt und Warnke (2006) hat die kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung zum Ziel, „im Einvernehmen und Zusammenwirken mit Kind

und Bezugspersonen Informationen zu gewinnen und zu ordnen, sodass psychische Störungen und pathogene Lebensverhältnisse erkannt, diagnostisch eingeordnet, die Entstehungsbedingungen aufgeklärt, ihre Auswirkungen bewertet und adäquate Behandlungsmaßnahmen initiiert werden können“ (S. 455). Dieses Ziel kann nur auf Grundlage einer multimodalen Diagnostik erfüllt werden. Eine „multimodale Diagnostik“ umfasst die Überprüfung der somatischen, kognitiven und emotionalen Entwicklung sowie des Verhaltens und der Umfeldbedingungen. Dabei werden unterschiedliche Informationsquellen (Verhaltensbeobachtung, klinisches Urteil, Selbstbeurteilung des Kindes, Elternurteil, Erzieherinnen-/Lehrerinnenurteil) einbezogen sowie verschiedene Umgebungsbedingungen berücksichtigt (vgl. Blanz et al. 2006, S. 460). Folgende Fragebögen werden hauptsächlich zur Diagnose psychischer Auffälligkeiten eingesetzt (Tabelle 20):

Tabelle 20 Übersicht zu Fragebögen zur Diagnose von psychischen Auffälligkeiten

Fragebogen	Autoren (Jahr)	Altersbereich	Informand	Zeit
Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL 1½–5)	Achenbach (2000)	1½–5 Jahre	Eltern	10–15 min
Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6–18R)	Döpfner, Plück & Kinnen (2014)	6–18 Jahre	Eltern	15–20 min
Fragebogen für Jugendliche (YSR/11–18R)	Döpfner, Plück & Kinnen (2014)	11–18 Jahre	Jugendliche	15–20 min
Fragebogen zu Stärken und Schwächen, Elternversion/Lehrerinnenversion (SDQ)	Goodman (1997)	4–16 Jahre	Eltern Lehrerinnen	5 min
Fragebogen zu Stärken und Schwächen, Jugendlichenversion (SDQ)	Goodman (1997)	11–16 Jahre	Jugendliche	5 min
Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6–18R)	Döpfner, Plück & Kinnen (2014)	6–18 Jahre	Lehrerinnen	15–20 min

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, existieren zwei Hauptverfahren mit jeweils verschiedenen Fragebögen für Eltern, Jugendliche und/oder Lehrerinnen: Die „Child Behavior Checklist“ in der deutschen Fassung von Döpfner et al. (2014) für das Alter von 6 bis

18 Jahren bzw. von Achenbach (2000) für das Kleinkind- und Vorschulalter sowie der „Strengths and Difficulties Questionnaire“ von Goodman (1997)¹⁰.

Der CBCL/6–18R wurde als Elternfragebogen konzipiert, der TRF/6–18R als Lehrerinnenfragebogen und der YSR/11–18R als Fragebogen für die Jugendlichen selbst. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 15–20 min. Das Testverfahren erfasst in allen drei Versionen acht Bereiche sozial-emotionaler und somatischer Auffälligkeiten: „ängstlich/depressiv“, „rückzüglich/depressiv“, „körperliche Beschwerden“, „soziale Probleme“, „Denk- (Schlaf-) und repetitive Probleme“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „regelverletzendes Verhalten“ und „aggressives Verhalten“. Diese acht Bereiche können drei übergeordneten Skalen zugeordnet werden: „Gesamtauffälligkeit“, „internale Probleme“ und „externale Probleme“. Darüber hinaus existiert zum CBCL ein Fragebogen für Eltern von Kindern im Alter von 1;6 bis 5 Jahren. Innerhalb von 10–15 min beantworten die Eltern Fragen zu den Bereichen „emotionale Reaktivität“, „ängstlich/depressiv“, „körperliche Beschwerden“, „sozialer Rückzug“, „Schlafprobleme“, „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „aggressives Verhalten“. Diese sieben Skalen werden ebenfalls den drei übergeordneten Skalen „Gesamtauffälligkeit“, „internalisierende Probleme“ und „externalisierende Probleme“ zugeordnet.

Neben diesen allgemeinen Fragebogenverfahren gibt es verschiedene störungsspezifische Fragebogenverfahren, wie bspw. zur Erfassung von Angstsymptomen, depressiven Symptomen, Zwangssymptomen, Tic-Symptomen oder von Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (vgl. Blanz et al. 2006, S. 463 ff.).

2.3.3 Auffälligkeiten in der sozial-emotionalen Entwicklung bei spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern

2.3.3.1 Psychische Auffälligkeiten

Das Risiko zur Ausbildung von sozial-emotionalen Auffälligkeiten bei sprachbehinderten Kindern wird von zahlreichen Studien sowohl national als auch international belegt (vgl. Asher & Gazelle 1999; Baker & Cantwell 1982; Baker & Cantwell 1987; Beitchman, Nair, Clegg, Ferguson & Patel 1986; Beitchman, Hood & Inglis 1990; Beitchman, Brownlie, Inglis, Wild, Ferguson & Schachter 1996a; Beitchman, Wilson, Brownlie, Walters, Inglis, Lancee 1996b; Beitchman et al. 2001; Berger, Amorosa &

¹⁰ Da der SDQ im Rahmen dieser Untersuchung eingesetzt wurde, findet eine genaue Beschreibung des Verfahrens im Kapitel „Methodik“ statt.

Scheimann 1990; Brownlie et al. 2004; Buschmann & Jooss 2011; Noterdaeme & Amorosa 1998; Redmond & Rice 1998; Snowling et al. 2006).

Das Vorschulalter analysierten Willinger, Brunner, Diendorfer-Radner, Sams, Sirsch und Eisenwort (2003), Beitchman et al. (1986) sowie Suchodoletz und Keiner (1998). Willinger et al. (2003) stellten bei 34 % der Kinder im Alter zwischen vier und sechs Jahren Verhaltensauffälligkeiten fest. Bei Beitchman et al. (1986) erfüllten 49 % der Kinder mit Sprech- und/oder Sprachstörungen im Alter von fünf Jahren die Kriterien einer psychischen Störung. Am häufigsten traten mit 30 % Aufmerksamkeitsstörungen auf. Ähnliche Ergebnisse publizierten Long, Gurka und Blackman (2008). Eltern von Kindern im Alter zwischen drei und fünf Jahren, die Bedenken wegen der sprachlichen Entwicklung ihres Kindes hatten, gaben in 54 % der Fälle an, sich auch um die sozial-emotionale Entwicklung ihres Kindes zu sorgen. Eltern, welche die sprachliche Entwicklung ihres Kindes als unauffällig wahrnahmen, bemerkten hingegen nur in 2 % der Fälle Auffälligkeiten. In der Untersuchung von Suchodoletz und Keiner (1998) beobachteten 44 % der Mütter von sechs Jahre alten Kindern psychische Auffälligkeiten. Es dominierten soziale Anpassungsstörungen mit motorischer Unruhe und verminderter Konzentrationsfähigkeit. Neben expansivem Verhalten berichteten die Mütter auch von emotionalen Störungen.

Für das Grundschulalter liegen ebenfalls Ergebnisse aus mehreren Untersuchungen vor. Noterdaeme und Amorosa (1998) stellten bei 79 % der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen im Alter von sechs bis neun Jahren eine psychiatrische Diagnose. 14 % der Kinder zeigten einfache Aufmerksamkeitsstörungen, 36 % Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, 7 % Störungen des Sozialverhaltens und 21 % der untersuchten Kinder emotionale Störungen.

Von einer geringeren Prävalenzrate psychischer Auffälligkeiten berichteten Berger et al. (1990). Die Stichprobe bestand aus spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern mit und ohne minimaler cerebraler Dysfunktion im Alter von durchschnittlich sieben Jahren. 38 % der Jungen und 32 % der Mädchen wurden als psychisch auffällig eingestuft. Bei den Jungen dominierte das hyperkinetische Syndrom (20 %), wohingegen bei den Mädchen emotionale Störungen überwogen (16 %).

Aus dem angloamerikanischen Sprachraum liegen Arbeiten der Forschungsgruppe um Lindsay und Dockrell (2000) vor. Sie untersuchten die Häufigkeit von sozial-emotionalen Störungen bei spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern im Alter von sieben bis acht Jahren (Durchschnittsalter: 8;3 Jahre) mithilfe des SDQ. Sowohl die

Eltern als auch die Lehrerinnen füllten den Fragebogen aus. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 21 zusammengefasst:

Tabelle 21 *Häufigkeit an sozial-emotionalen Auffälligkeiten bei spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern (Lindsay & Dockrell 2000, S. 589)*

Elternurteil	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Emotionale Probleme	63.1 %	4.6 %	32.3 %
Verhaltensprobleme	47.0 %	16.7 %	36.4 %
Hyperaktivität	43.1 %	12.3 %	44.6 %
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	40.0 %	13.8 %	46.2 %
Prosoziales Verhalten	84.4 %	4.7 %	10.9 %
Gesamtproblemwert	41.7 %	21.6 %	36.7 %
Lehrerinnenurteil	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Emotionale Probleme	72.7 %	18.2 %	9.1 %
Verhaltensprobleme	75.0 %	13.3 %	11.7 %
Hyperaktivität	41.4 %	13.8 %	44.8 %
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	61.0 %	11.9 %	27.1 %
Prosoziales Verhalten	52.2 %	8.5 %	39.0 %
Gesamtproblemwert	41.5 %	28.3 %	30.2 %

Sowohl nach dem Elternurteil als auch nach dem Lehrerinnenurteil lagen bei ca. 60 % der Kinder sozial-emotionale Auffälligkeiten vor. Nach Aussage der Eltern dominierten dabei die Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, wohingegen Probleme im prosozialem Verhalten am seltensten vorkamen. Hyperaktivitätsprobleme sahen hingegen die Lehrerinnen als den größten Problembereich der sprachentwicklungsgestörten Kinder an. Verhaltensauffälligkeiten kamen am seltensten vor. Verglichen mit sprachgesunden Kindern, kam es nach dem Elternurteil in allen Bereichen zu signifikanten Unterschieden mit Ausnahme des prosozialem Verhaltens. Nach dem Lehrerinnenurteil stellten sich in den Bereichen „Emotionale Probleme“ und „Hyperaktivitätsprobleme“ keine signifikanten Unterschiede ein. Mit Ausnahme der Skala „Prosoziales Verhalten“ schnitten in allen anderen Bereichen die Jungen schlechter ab als die Mädchen.

Zu einem ähnlichen Alter liegen Ergebnisse aus dem deutschen Sprachraum von Sarimski et al. (2015) vor. Die Lehrerinnen von 41 spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern füllten den SDQ aus. Im Alter von durchschnittlich 8.1 Jahren lag der Ge-

samtproblemwert bei 59 % der Kinder im auffälligen oder grenzwertigen Bereich. 50 % der deutschsprachigen sprachentwicklungsgestörten Kinder zeigten Hyperaktivitätsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten. Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen konnten bei ca. 42 % beobachtet werden und emotionale Probleme bei ca. 26 % der Kinder. Zu signifikanten Unterschieden zwischen den Geschlechtern kam es ausschließlich in der Skala „Prosoziales Verhalten“. Mädchen wurden von den Lehrerinnen prosozialer wahrgenommen als die Jungen. Das Bildungsniveau der Eltern und das Vorliegen eines Migrationshintergrundes waren nicht mit der sozial-emotionalen Entwicklung assoziiert.

Mit den sozial-emotionalen Fähigkeiten im späten Kindesalter (elfjährige Kinder) setzten sich Conti-Ramsden und Botting (2004) auseinander. Im „Rutter Behavioral Questionnaire“ lagen 64 % der Kinder im auffälligen Bereich. Im SDQ befand sich der Wert von 34 % der Kinder nach dem Lehrerinnenurteil und 51 % nach dem Selbsturteil im auffälligen oder grenzwertigen Bereich. Nach dem Lehrerinnenurteil dominierten die Auffälligkeiten im prosozialen Verhalten (44 %) und Peer-Probleme (32 %). Am seltensten traten emotionale Störungen auf. Die Probleme in der Peer-Interaktion werden auch durch die Ergebnisse in der „Harter Perceived Competence Scale“ bestätigt. 40 % der Kinder erreichten hier auffällige Werte. Soziodemografische Variablen hatten dabei keinen Einfluss auf die sozial-emotionale Entwicklung, wobei 84 % der Kinder mit hohen Werten im SDQ Mütter mit einem geringen Bildungshintergrund hatten, während dies nur bei 70 % der Kinder mit guten sozial-emotionalen Fähigkeiten zutraf. Signifikante Geschlechterunterschiede stellten sich im prosozialen Verhalten ein. Die Jungen schnitten hier deutlich schlechter ab als die Mädchen. Die nonverbalen Fähigkeiten hatten keinen Einfluss auf das Abschneiden im SDQ. Botting und Conti-Ramsden (2000) beobachteten ebenfalls in keinem Bereich der „Rutter Behavioural Scales“ signifikante Geschlechterunterschiede. Erneut standen die kognitiven Fähigkeiten mit den überprüften Bereichen in keinem Zusammenhang.

Zur Häufigkeit von psychischen Störungen im späten Jugendalter legten Beitchman et al. (2001) Ergebnisse vor. In der Gruppe der 19-Jährigen, bei denen im Alter von fünf Jahren eine Sprachstörung diagnostiziert wurde, erfüllten 40 % die Kriterien für eine psychische Störung. In der Gruppe sprachgestörter Kinder waren es hingegen nur 22 %. Während sich die beiden Gruppen bezüglich der Auftretenshäufigkeit von Depressionen kaum unterschieden (13 % vs. 14 %), traten Angststörungen vornehmlich in der Gruppe ehemals sprachgestörter Kinder auf (16 % vs. 27 %). Bei der Mehrheit der 19-Jährigen

mit Angststörungen wurden soziale Phobien diagnostiziert. Beitchman et al. (2001) stellten eine kontinuierliche Zunahme an psychischen Störungen über die Zeit fest.

Die Forschungsgruppe Brownlie et al. (2004) untersuchte ebenfalls 19-Jährige mit einer Sprech- oder Sprachstörung in ihrer Biografie. Ihr Augenmerk lag auf dem kriminellen und aggressiven Verhalten dieser jungen Erwachsenen. Es stellte sich heraus, dass aus Sicht der Eltern ehemals sprachgestörte Kinder häufiger kriminelle Verhaltensweisen im Erwachsenenalter zeigten als die Jugendlichen der Kontrollgruppe. Auch wurden junge Männer dieser Gruppe häufiger verurteilt und befanden sich häufiger in Haft. In der Gruppe der Frauen beobachteten sie keinen Zusammenhang zwischen Sprachstörungen und späterem aggressiven und kriminellen Verhalten.

Bis zu einem Alter von Mitte 30 begleiteten Clegg et al. (2005) den Entwicklungsverlauf von Männern mit einer Sprachverständnisstörung im Kindesalter. Männer mit Sprachverständnisstörungen in der Kindheit zeigten signifikant häufiger schizotype Persönlichkeitsstörungen, übertriebene soziale Angst, merkwürdiges bzw. exzentrisches Verhalten, eine geringere Freundschaftsqualität, merkwürdige Sprache und Misstrauen, verglichen mit ihren Geschwistern und einer sprachgesunden Kontrollgruppe. Auch befanden sie sich signifikant seltener in Liebesbeziehungen, lebten seltener mit einem Partner zusammen, heirateten seltener und/oder wurden seltener Väter.

Baker und Cantwell (1982) untersuchten die Häufigkeit und die Art der Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit von der Art der Sprachbehinderung. Im Zentrum der Untersuchung standen Kinder im Alter von 1;11 bis 15;11 Jahren. Insgesamt diagnostizierten sie bei ca. 50 % der Kinder psychische Störungen. Die höchste Prävalenzrate an psychischen Störungen ergab sich in der Gruppe der sprachgestörten Kinder (95 %), wohingegen Kinder mit einer isolierten Sprechstörung in geringstem Maße von psychischen Störungen betroffen waren (29 %). Kinder mit Sprech- und Sprachstörungen erfüllten in 45 % der Fälle die Kriterien für psychische Störungen. Unterstützung finden die Ergebnisse von Baker und Cantwell (1982) durch McCabe (2005). Auch er stellte fest, dass sich die Ausprägung der Sprachbehinderung deutlich auf die Bewertung der sozialen Kompetenz und des Verhaltens auswirkt. Kinder mit phonetisch-phonologischen, expressiven, rezeptiven und pragmatischen Störungen schnitten deutlich schlechter ab als Kinder mit isolierten Aussprachestörungen. Suchodoletz und Keiner (1998) gingen einer ähnlichen Fragestellung nach. Neben dem Zusammenhang mit der Art der Sprachstörung untersuchten sie zusätzlich den Zusammenhang mit der Schwere der Sprachstörung. An ihrer Untersuchung nahmen 209 sprachgestörte Kinder im Alter von sechs Jahren teil. Im Gegensatz zu Baker und Cantwell (1982) stellten sie

keinen Einfluss der Art der Sprachstörung fest. Auch die Schwere der Sprachstörung erwies sich als unbedeutsam.

Snowling et al. (2006) analysierten die Häufigkeit und Art psychischer Störungen bei zwei Gruppen von Kindern, von denen eine ihre Sprachstörungen überwunden hatte und die andere noch immer von Sprachstörungen betroffen war. In der Gruppe der Kinder mit persistierenden Sprachstörungen erfüllten 40 % die Kriterien für mindestens eine psychische Störung. In der Gruppe der Kinder mit überwundenen Sprachstörungen waren es hingegen nur 24 %. Während sich die Prävalenzrate an Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen zwischen den beiden genannten Gruppen kaum unterschied, dominierten bei allen anderen Formen psychischer Störungen die Kinder mit persistierenden Sprachstörungen. Am häufigsten traten in dieser Gruppe Störungen des Sozialverhaltens auf, gefolgt von sozialen Phobien. Kinder mit persistierenden Sprachstörungen wiesen einige psychische Störungen auf, die in der Gruppe der Kinder mit überwundenen Sprachstörungen nicht diagnostiziert werden konnten (Vermeidungsverhalten, soziale Phobien, Angststörungen). Die Autoren differenzierten außerdem zwischen Kindern mit schwerpunktmäßig sozialen Auffälligkeiten, Aufmerksamkeitsstörungen oder einer Kombination aus beiden Störungen. In allen drei Gruppen dominierten erneut die Kinder mit persistierenden Sprachstörungen. Zusätzlich untersuchte die Forschungsgruppe den Einfluss der rezeptiven und expressiven Fähigkeiten auf die Gruppeneinteilung. Während im Bereich der sozialen Fähigkeiten keine Unterschiede beobachtet wurden, schnitten die Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen im Bereich der Aufmerksamkeitsstörungen schlechter ab und waren auch häufiger von einer Kombination aus Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens betroffen.

Was das Geschlechterverhältnis anbelangt, sind nach Beitchman et al. (1986) mit einer Prävalenzrate von 37 % bis 45 % insbesondere sprachentwicklungsgestörte Mädchen auffällig. Die Auftretenshäufigkeit bei Jungen lag zwischen 23 % und 25 %. Bestätigt wird diese Verteilung durch eine Studie von Beitchman et al. (1990). Diesem Geschlechterverhältnis widersprechen Baker und Cantwell (1987), wonach sich im Alter von durchschnittlich 5;7 Jahren keine Geschlechterunterschiede einstellten. Vier Jahre später, mit einem durchschnittlichen Alter der Probandengruppe von 9;1 Jahren, waren mehr Jungen als Mädchen von psychischen Störungen betroffen. Kaum einen Geschlechterunterschied im Alter von 12;6 Jahren beobachteten Beitchman et al. (1996a). 52 % der Jungen mit Sprachstörungen bzw. Sprach- und Sprechstörungen sowie 50 % der Mädchen erfüllten die Kriterien für eine psychische Störung. Ähnliche Ergebnisse veröffentlichten Lindsay und Dockrell (2000). Nach dem Lehrerinnenurteil

kam es im SDQ zu keinen signifikanten Geschlechterunterschieden, auch wenn die Jungen in allen Bereichen höhere Werte erzielten als die Mädchen. Im Elternurteil hingegen kam es zu signifikanten Unterschieden in den Bereichen „Hyperaktivität“ und „Verhaltensauffälligkeiten“ sowie dem Gesamtproblemwert. In einer aktuellen Untersuchung von Lindsay et al. (2007) kam es weder im Lehrerinnen- noch im Elternurteil zu signifikanten Unterschieden in den überprüften Bereichen des SDQ mit Ausnahme des Bereichs „prosoziales Verhalten“. Die Eltern beurteilten das prosoziale Verhalten der Mädchen besser als das der Jungen.

Cohen, Davine und Meloche-Kelly (1989) untersuchten nicht die Häufigkeit von psychischen Störungen bei sprachentwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen, sondern die Häufigkeit von Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern mit psychischen Störungen. In ihrer Untersuchung wiesen 28 % der Kinder im Alter von fünf bis zwölf Jahren, die ursprünglich aufgrund ihrer psychischen Störungen vorgestellt worden waren, auch Sprachentwicklungsstörungen auf. Die Kinder dieser Gruppe waren sehr jung und insbesondere von externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten betroffen, weshalb die sprachlichen Probleme vermutlich lange Zeit überdeckt wurden.

Der Entwicklungsverlauf psychischer Störungen bei sprachentwicklungsgestörten Kindern wurde von Baker und Cantwell (1987) untersucht. Bei einem Durchschnittsalter von 5;7 Jahren waren 44 % von psychischen Störungen betroffen, während es im Durchschnittsalter von 9;1 Jahren 60 % waren. Mit Ausnahme der Anpassungsstörungen nahmen alle anderen psychischen Störungen über eine Zeitspanne von vier Jahren zu. Dabei dominierten sowohl zum ersten als auch zweiten Untersuchungszeitpunkt die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. Das oppositionelle Trotzverhalten war zum Zeitpunkt eins die zweithäufigste Störung, während es zum Zeitpunkt zwei die Angststörungen waren. Lindsay et al. (2007) untersuchten die sozial-emotionale Entwicklung spezifisch sprachentwicklungsgestörter Kinder im Alter von acht, zehn und zwölf Jahren. Im prosozialen Verhalten zeigten die Kinder über den gesamten Untersuchungszeitraum die geringsten Auffälligkeiten. Im Alter von acht und zwölf Jahren dominierten die Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, während es im Alter von zehn Jahren die Hyperaktivitätsprobleme waren. In allen überprüften Bereichen der sozial-emotionalen Entwicklung waren die Auffälligkeiten im Alter von zwölf Jahren am stärksten ausgeprägt. Eine kontinuierliche Zunahme über den Zeitraum von acht bis zwölf Jahren konnte allerdings nicht beobachtet werden, da im Alter von zehn Jahren in allen Bereichen die geringsten Probleme vorlagen. St. Clair, Pickles, Durkin und Conti-Ramsden (2011) begleiteten die Entwicklung von spezifisch sprachentwicklungsgestör-

ten Kindern vom Grundschul- bis zum Jugendalter (7 bis 16 Jahre). Sowohl der Gesamtproblemwert als auch die Hyperaktivitätsprobleme und emotionalen Probleme erreichten im Alter von acht Jahren ihren Höhepunkt. Verhaltensauffälligkeiten nahmen über die Zeit kontinuierlich ab, während die Probleme mit Gleichaltrigen kontinuierlich zunahmen und im Alter von 16 Jahren im Erscheinungsbild dominierten. Weder im Grundschul- noch im Jugendalter wirkten sich die kognitiven Fähigkeiten, das Bildungsniveau der Eltern oder das Einkommen der Familie auf die sozial-emotionale Entwicklung aus.

Demgegenüber untersuchten Beitchman et al. (1996b) den Entwicklungsverlauf psychischer Störungen, bezogen auf die Art der Sprachbehinderung (Sprachverständnisstörung, Aussprachestörung, „high overall“, „low overall“). Ihre Probanden wurden erstmals mit fünf Jahren untersucht. Eine zweite Untersuchung fand mit 12;6 Jahren statt. Die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen nahmen in allen Gruppen ab außer in der Gruppe der Kinder mit Sprachverständnisstörungen. Hier wurde eine deutliche Zunahme an hyperaktivem Verhalten beobachtet. Angststörungen nahmen über den Zeitraum von 7;6 Jahren bei allen Gruppen ab, wobei die „high overall“-Gruppe die größte Abnahme an Angststörungen verzeichnete. Die Forschungsgruppe setzte sich darüber hinaus mit der sozialen Kompetenz auseinander. Während die sprachgesunden Kinder ihre soziale Kompetenz bis zum Alter von 12;6 Jahren ausbauten, verringerten sich die Fähigkeiten in den Gruppen mit sprachlichen Auffälligkeiten. Bei den sprachverständnisgestörten Kindern nahm die soziale Kompetenz am stärksten ab. In Tabelle 22 sind die zentralen Ergebnisse dieses Kapitels noch einmal zusammengefasst.

Tabelle 22 Häufigkeit an Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern

Autor(en) (Jahr) Alter der Probanden	Gesamt	Externalisierende Auffälligkeiten		Internalisierende Auffälligkeiten	
		AS ¹¹	ADHS ¹²	SSV ¹³	ES ¹⁴
Long et al. (2008) 3;0–5;11 Jahre	54 %				
Willinger et al. (2003) 4–6; Ø 4.7 Jahre	34 %				

¹¹ Aufmerksamkeitsstörung

¹² ADD nach DSM-III

¹³ Störung des Sozialverhaltens; entspricht im DSM-V der Kategorie „Conduct Disorder“ bzw. in der ICD-10 F91.0, F91.1 und F91.2

¹⁴ Emotionale Störungen

Autor(en) (Jahr) Alter der Probanden	Gesamt	Externalisierende Auffälligkeiten		Internalisierende Auffälligkeiten	
		AS ¹⁵	ADHS ¹⁶	SSV ¹⁷	ES ¹⁸
Baker & Cantwell (1982) ¹⁹ 1;9–13;9; Ø 4;9 Jahre	45 %		22 %	2 %	30 %
Beitchman et al. (1986) 5 Jahre	49 %		30 %	6 %	13 %
Beitchman et al. (1990) 5 Jahre	52 % ²⁰ 69 % ²¹	34 % 38 %		3 %	10 % 31 % ²²
Baker & Cantwell (1987) 2;0–15;9; Ø 5;7	44 %		16 %		14 % ²³
Suchodoletz & Keiner (1998) 6 Jahre	44 %				34 %
Berger et al. (1990) Ø 7 Jahre	38 % ²⁴ 32 % ²⁵		20 % 6 %	4 % 3 %	10 % 16 %
Noterdaeme & Amorosa (1998) 6;8–9;9; Ø 8;2 Jahre	79 %	14 %	36 %	7 %	21 %
Lindsay & Dockrell (2000) 7;6–8;10; Ø 8;3 Jahre	59 % ²⁶ 59 % ²⁷		58 % 59 %	60 % 39 %	37 % 27 %
Sarimski et al. (2015) 6;0–11;0; Ø 8;1 Jahre	59 %		50 %	42 %	26 %
Baker & Cantwell (1987) 6;5–20;0; Ø 9;1	60 %		37 %		21 %
Conti-Ramsden & Botting (2004) Ø 10;11 Jahre	34 % ²⁸ 51 % ²⁹		27 % 19 %	21 % 32 %	16 % 30 %

¹⁵ Aufmerksamkeitsstörung¹⁶ ADD nach DSM-III¹⁷ Störung des Sozialverhaltens; entspricht im DSM-V der Kategorie „Conduct Disorder“ bzw. in der ICD-10 F91.0, F91.1 und F91.2¹⁸ Emotionale Störungen¹⁹ Die Ergebnisse beziehen sich auf die Gruppe der Kinder mit Sprech- und Sprachstörungen²⁰ Jungen²¹ Mädchen²² Anpassungsstörungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen²³ Affektive Störungen, Anpassungsstörungen und Angststörungen²⁴ Jungen²⁵ Mädchen²⁶ Elternurteil²⁷ Lehrerinnenurteil²⁸ Lehrerinnenurteil²⁹ Selbsturteil

Autor(en) (Jahr) Alter der Probanden	Gesamt	Externalisierende Auffälligkeiten		Internalisierende Auffälligkeiten	
		AS ³⁰	ADHS ³¹	SSV ³²	ES ³³
Beitchman et al. (1996a) 12.5 Jahre	37 %				
Snowling et al. (2006) ³⁴ 15–16 Jahre	40 %		3 %	23 %	33 % ³⁵
Beitchman et al. (2001) 19 Jahre	40 %				

Wie im tabellarischen Überblick deutlich wird, nehmen sozial-emotionale Störungen bis ins späte Kindesalter kontinuierlich zu. Im Jugendalter ist schließlich ein leichter Abfall in der Prävalenzrate zu verzeichnen. Während im Vorschulalter emotionale Störungen dominieren, beherrschen im Grundschulalter die Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen das Erscheinungsbild. In der Sekundarstufe nehmen die Störungen des Sozialverhaltens deutlich zu, und auch die emotionalen Störungen verzeichnen erneut einen Anstieg. Während sprachgesunde Kinder ihre Sozialkompetenz bis ins Jugendalter ausbauen, ist bei sprachentwicklungsgestörten Kindern eine Abnahme zu verzeichnen. Die Ergebnisse zum prosozialem Verhalten sind widersprüchlich.

Widersprüchlich sind auch die Ergebnisse zum Geschlechterverhältnis. Mehrheitlich kann jedoch davon ausgegangen werden, dass bis ins Grundschulalter mehr Jungen als Mädchen von sozial-emotionalen Störungen betroffen sind, es dann aber zunehmend zu einer Angleichung im Geschlechterverhältnis kommt.

Die Prognose für Kinder mit überwundenen Sprachstörungen bis zum Grundschuleintritt und/oder isolierten Sprechstörungen ist deutlich besser als für Kinder mit persistierenden Störungen und/oder für Kinder mit Sprech- und Sprachstörungen bzw. isolierten Sprachstörungen. Insbesondere bei Kindern mit Sprachverständnisstörungen ist die Wahrscheinlichkeit für einen positiven Entwicklungsverlauf gering (siehe zur Übersicht auch Noterdaeme 2008 und Suchodoletz 2008).

³⁰ Aufmerksamkeitsstörung

³¹ ADD nach DSM-III

³² Störung des Sozialverhaltens; entspricht im DSM-V der Kategorie „Conduct Disorder“ bzw. in der ICD-10 F91.0, F91.1 und F91.2

³³ Emotionale Störungen

³⁴ Ergebnisse der Gruppe mit persistierenden Sprachstörungen bis zum Alter von 15 Jahren

³⁵ Vermeidungsverhalten, soziale Phobien, einfache Phobien, Trennungsängste, allg. Angststörungen, Dysthymie

2.3.3.2 Weitere Auffälligkeiten im sozial-emotionalen Bereich

Auf die sozial-interaktiven Fähigkeiten von sprachentwicklungsgestörten Kindern wurde bereits in Kapitel 2.2.3.5 eingegangen. Knox und Conti-Ramsden (2003) sowie Lindsay, Dockrell und Mackie (2008) setzten sich mit den Bullying-Erfahrungen von sprachentwicklungsgestörten Kindern auseinander. Knox und Conti-Ramsden (2003) stellten fest, dass das Risiko für Ausgrenzungen und Hänseleien in der Gruppe sprachbehinderter Kinder im Alter von elf Jahren dreimal so hoch ist im Vergleich zur Gruppe nicht sprachbehinderter Kinder (36 % vs. 12 %). Lindsay et al. (2008) stellten demgegenüber fest, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder auf der allgemeinen Schule oder Sonderschule (Durchschnittsalter von 12;1 Jahren) etwa in gleicher Häufigkeit verbale und physische Hänseleien erfahren wie sprachgesunde Kinder. Physisches Bullying erfuhren 28 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder an allgemeinen Schulen und 18 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder an Sonderschulen sowie 22 % der nicht sprachbehinderten Kinder. Von verbalem Bullying berichteten 54 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder an allgemeinen Schulen, 59 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder an Sonderschulen sowie 46 % der nicht sprachbehinderten Kinder. Im Durchschnitt waren somit 38 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder Hänseleien ausgesetzt. Diese Zahlen entsprechen den Zahlen von Knox und Conti-Ramsden (2003), wobei Letztere niedrigere Werte für die sprachgesunden Kinder angaben. Nach Suchodoletz (2008) erlebt sich jedes dritte sprachentwicklungsgestörte Kind als „Prügelknabe“ (S. 65).

Farmer (2000) verglich die soziale Kompetenz und soziale Kognition von integriert beschulten sprachentwicklungsgestörten Kindern und sprachentwicklungsgestörten Kindern der Sonderschule. Sonderbeschulte Kinder wiesen in den beiden genannten Bereichen signifikant geringere Fähigkeiten auf als integriert beschulte sprachentwicklungsgestörte Kinder. Letztere unterschieden sich zudem nicht von altersgleichen sprachgesunden Kindern. Während sich im prosozialen Verhalten keine Gruppenunterschiede einstellten, bewerteten die Lehrerinnen das Sozialverhalten von sonderbeschulten sprachentwicklungsgestörten schlechter als das Sozialverhalten integriert beschulter sprachentwicklungsgestörter Kinder. Auch bei Fragestellungen die ToM betreffend, zeigten die sprachentwicklungsgestörten Kinder der Sonderschule in drei von vier Tests signifikant geringere Fähigkeiten als die sprachentwicklungsgestörten Kinder der allgemeinen Schule und sprachgesunden Kinder. Nach den Ergebnissen der Autoren wirkten sich die sprachlichen Fähigkeiten und das phonologische Arbeitsgedächtnis nicht

auf die soziale Kognition und Kompetenz aus. Farmer (2000) führt zur Erklärung der signifikanten Unterschiede zwischen sonderbeschulten und integrierten sprachentwicklungsgestörten Kindern an, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder mit gravierenden Verhaltensauffälligkeiten und geringen sozialen Kompetenzen womöglich mit höherer Wahrscheinlichkeit nicht in integrierten Settings beschult werden.

Cohen, Menna, Vallance, Barwick und Horodezky (1998) analysierten die sozial kognitiven Fähigkeiten von Kindern mit bereits bekannten Sprachentwicklungsstörungen, unerwarteten Sprachentwicklungsstörungen und einer gesunden sprachlichen Entwicklung. Die drei Gruppen unterschieden sich nicht beim Verständnis von Emotionen, wenn diese ausschließlich visuell zu identifizieren waren. Sobald zusätzlich sprachliche Informationen dekodiert werden mussten, stellten sich signifikante Unterschiede zwischen sprachlich auffälligen und sprachgesunden Kindern ein. Auch zeigten die sprachlich auffälligen Kinder ein geringeres Niveau bei zwischenmenschlichen Verhandlungsstrategien und dem Lösen sozialer Konflikte.

Die Ergebnisse von Farmer (2000) und Cohen et al. (1998) widersprechen zum Teil den Ergebnissen von Shields, Varley, Broks und Simpson (1996), wonach nur Kinder mit semantisch-pragmatischen Störungen Defizite in sozialen Fähigkeiten (Theory of Mind, soziales Verständnis, Erfassung der Blickrichtung) aufweisen, nicht aber Kinder mit phonologischen oder morphologisch-syntaktischen Störungen.

Die geringeren sozialen Fähigkeiten und mangelnde soziale Akzeptanz führen aufseiten der betroffenen Jugendlichen zu einem erhöhten Stressempfinden in Momenten sozialer Interaktion (vgl. Wadman, Durkin & Conti-Ramsden 2011b). Wadman, Botting, Durkin und Conti-Ramsden (2011a) bewiesen außerdem, dass Peer-Probleme im Alter von 16 Jahren die Wahrscheinlichkeit für depressive Störungen im Alter von 17 Jahren erhöhen.

Auffälligkeiten in der sozial-emotionalen Entwicklung betreffen nicht nur die Entstehung von psychischen Störungen und Peer-Problemen, sondern auch das Thema „Selbstwertgefühl“. Jerome, Fujiki, Brinton und James (2002) verglichen das Selbstwertgefühl von Kindern und Jugendlichen mit Sprachentwicklungsstörungen und einer unauffälligen sprachlichen Entwicklung. Bei Jerome et al. (2002) wurden in der Altersgruppe der sechs bis neun Jahre alten Kinder keine signifikanten Unterschiede beobachtet, wie auch bei Lindsay und Dockrell (2000), die das Selbstwertgefühl von sieben bis acht Jahre alten sprachentwicklungsgestörten Kindern untersuchten. Die 10 bis 13 Jahre alten Kinder nahmen sich in den Bereichen schulische Kompetenz, Sozialkompetenz und Verhalten hingegen deutlich schlechter wahr als ihre altersgleichen sprachgesunden

Peers (vgl. Jerome et al. 2002). In der Analyse des Selbstwertgefühls der 7- bis 14-jährigen Kinder mit zuvor diagnostizierten oder unerwarteten Sprachentwicklungsstörungen stellten Cohen et al. (1998) im Gesamtwert keine signifikanten Gruppenunterschiede fest. Kinder mit zuvor diagnostizierten Sprachentwicklungsstörungen verfügten allerdings auf der Skala „Intelligenz/Schulischer Erfolg“ über ein signifikant geringeres Selbstbild als die Kinder mit zuvor unbekannten Sprachentwicklungsstörungen oder sprachlich unauffälliger Entwicklung. Auch bei Lindsay et al. (2008) hatte die Gruppe sprachbehinderter Kinder mit einem durchschnittlichen Alter von zwölf Jahren ein signifikant geringeres Selbstbild im Bereich sozialer Akzeptanz im Vergleich zur sprachgesunden Kontrollgruppe. Im schulischen Erfolg beobachteten sie diesen Unterschied hingegen nicht.

Die Auswirkungen von Sprachentwicklungsstörungen auf das Selbstwertgefühl, die Schüchternheit und Kontaktfreudigkeit im Jugendalter analysierten Wadman, Durkin und Conti-Ramsden (2008). 48 % der sprachentwicklungsgestörten Jugendlichen erreichten ein auffälliges Ergebnis im Selbstwertgefühl, während es nur 11 % in der sprachgesunden Gruppe waren. Bei der Schüchternheit erreichten sogar mehr als 60 % der Jugendlichen ein überdurchschnittliches Ergebnis im Vergleich zu nur 20 % in der sprachgesunden Gruppe. Die sprachlichen Fähigkeiten beeinflussten nur indirekt über den Faktor „Schüchternheit“ das Selbstwertgefühl sprachentwicklungsgestörter Jugendlicher. Während sich beim Selbstwertgefühl und der Schüchternheit signifikant Gruppeneffekte einstellten, galt das für die Kontaktfreudigkeit nicht.

Zusammenfassend kann aus diesem Kapitel festgehalten werden, dass Störungen im sprachlichen und sozial-emotionalen Bereich zu Ausgrenzungen, einer geringeren Interaktionsqualität und einer geringeren Qualität von Freundschaften führen können. Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen verfügen zudem u. U. über geringere sozial-kognitive Fähigkeiten. Die Frage, ob sprachentwicklungsgestörte Kinder häufiger als sprachgesunde Kinder von Hänseleien betroffen sind, wird widersprüchlich beantwortet. Die Unbeliebtheit bei Peers und negativen Erfahrungen in der Peer-Interaktion haben Auswirkungen auf das Selbstbild. Insbesondere im schulischen, intellektuellen und sozialen Bereich verfügen die sprachentwicklungsgestörten Kinder über ein negativeres Selbstbild als ihre altersgleichen sprachgesunden Peers. Das Stressempfinden in Momenten sozialer Interaktion nimmt schließlich zu wie auch die Schüchternheit mit der Gefahr, an depressiven Störungen zu erkranken.

2.3.3.3 Vergleich sozial-emotionaler Auffälligkeiten von spezifisch sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern und Jugendlichen

Zum direkten Vergleich von sozial-emotionalen Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern gibt die Tabelle 23 eine zusammenfassende Übersicht. Darin enthalten sind die Ergebnisse aus den Studien von Lindsay und Dockrell (2000), Conti-Ramsden und Botting (2004) sowie Hölling et al. (2007). Diese drei Studien eignen sich zur Gegenüberstellung, da in allen der SDQ zum Einsatz kam und die Ergebnisse von einer ähnlichen Altersgruppe vorliegen. Allerdings muss angemerkt werden, dass in der Studie von Conti-Ramsden und Botting (2004) die Lehrerinnen die Fragebögen ausfüllten, während die aufgeführten Ergebnisse von Hölling et al. (2007) aus den Bewertungen der Eltern resultierten. Lindsay und Dockrell (2000) befragten sowohl die Eltern als auch die Lehrerinnen.

Tabelle 23 Gegenüberstellung der Prävalenzraten an Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern³⁶

	Hölling et al. (2007)	Lindsay & Dockrell (2000)		Conti-Ramsden & Botting (2004)	Lindsay et al. (2007)	
Probanden	Sprachgesunde Kinder	SSES-Kinder		SSES-Kinder	SSES-Kinder	
Alter	7–10 Jahre	Ø 8;3 Jahre		Ø 10;11 Jahre	10 Jahre	
SDQ Informand	Eltern	L ³⁷	Eltern	L	L	Eltern
Auffälliger	17 %	59 %	58 %	34 %	54 %	54 %
Gesamt- problemwert						
Emotionale Probleme	18 %	27 %	37 %	16 %	28 %	39 %
Verhaltens- auffälligkeiten	30 %	25 %	53 %	21 %	28 %	47 %
Hyperaktivität	18 %	59 %	57 %	27 %	48 %	51 %
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	21 %	39 %	60 %	32 %	41 %	43 %

³⁶ Die dargestellten Werte beinhalten sowohl die Kinder mit grenzwertigen als auch auffälligen Werten.

³⁷ Lehrerinnen

	Hölling et al. (2007)	Lindsay & Dockrell (2000)		Conti-Ramsden & Botting (2004)	Lindsay et al. (2007)	
	Eltern	L	Eltern	L	L	Eltern
Prosoziales Verhalten	9 %	48 %	16 %	44 %	38 %	12 %

Vergleicht man die Ergebnisse der Studie von Hölling et al. (2007) mit den Ergebnissen der Studie von Conti-Ramsden und Botting (2004), sind SSES-Kinder doppelt so häufig bzw. nach der Studie von Lindsay und Dockrell (2000) sowie Lindsay et al. (2007) dreimal so häufig von sozial-emotionalen Problemen betroffen. Nach dem Elternurteil dominieren bei sprachgesunden Kindern externale Verhaltensauffälligkeiten und bei sprachentwicklungsgestörten Kindern Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen. Die größten Unterschiede stellen sich nach dem Urteil der Eltern in den Skalen Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und emotionale Probleme ein. Hyperaktivitätsprobleme treten bei den sprachgesunden Kindern ca. dreimal häufiger auf, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen zwei- bis dreimal häufiger sowie emotionale Probleme zweimal häufiger. Die Auffälligkeitswerte im prosozialen Verhalten sind vergleichbar. Externale Verhaltensauffälligkeiten kommen ca. 1.5-mal häufiger vor.

2.4 Elterliches Belastungserleben

2.4.1 Belastungserleben von Eltern entwicklungsauffälliger Kinder

Die Geburt eines Kindes stellt für viele Eltern einen Stressfaktor dar. Sowohl der eheliche als auch personale Stress nehmen mit der Geburt eines Kindes, vor allem bei der Geburt des ersten Kindes, deutlich zu (vgl. Miller & Sollie 1980). Ab dem siebten/achten Lebensmonat des Kindes kann dann allerdings eine Reduzierung des erlebten elterlichen Stresses beobachtet werden (vgl. Miller & Sollie 1980).

Auf Eltern behinderter Kinder wirken zusätzlich zu den mit der Elternschaft verbundenen Stressfaktoren weitere Belastungsfaktoren ein. Zum einen ist es die Auseinandersetzung mit der Diagnose. Eltern müssen Gefühle von Enttäuschung, Trauer verarbeiten und mit Zorn, Vorwürfen und Schuldgefühlen umgehen. Zum anderen belasten die Unsicherheit über die Entwicklungsperspektiven, der Umgang mit negativen Gefühlen gegenüber dem Kind und die Gestaltung der Beziehung zum Partner die Eltern. Nicht selten erschweren die fehlende Anerkennung der Entwicklungsprobleme durch Freunde

und Bekannte, das unzureichende Verständnis von Ärzten, die fehlende Unterstützung durch diese und die mögliche soziale Isolierung das Belastungserleben (vgl. Sarimski 2009, S. 165; Sarimski, Hintermair & Lang 2013, S. 19).

Auch die Veränderungen im Alltag nehmen Einfluss auf das Belastungserleben. Häufige Arzt- und Therapietermine führen zu einem erhöhten Zeitdruck, Stress und geringer Erholungszeit. Auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse muss in der Folge verzichtet werden, und der Wunsch nach Zeitoasen steigt. Aufgrund der erhöhten Belastung entwickeln insbesondere die Mütter gesundheitliche Probleme (vgl. Sarimski 2012).

Soziale Belastungen umfassen aufkommende Fragen wie die Übernahme traditioneller Rollenaufgaben, den Verzicht auf Erwerbstätigkeit, die Einstellungen gegenüber behinderten Menschen, mögliche Veränderungen im sozialen Netzwerk sowie die Belastung der offenen Kommunikation. Ob ein chronischer Stressor zu einer dauerhaften psychischen Belastung der Eltern führt, hängt vom Prozess der Behinderungsverarbeitung sowie vom Belastungs- und Bewältigungserleben ab (vgl. Sarimski 2012).

2.4.2 Bewältigungserleben von Eltern entwicklungsauffälliger Kinder

Die Diagnose einer Behinderung setzt bei Eltern einen Bewältigungsprozess in Gang. Schuchardt (1987) entwickelte hierzu ein empirisch validiertes Spiralmodell zur Darstellung des Verlaufs von seelischen Krisen (vgl. im Folgenden S. 95 ff.). Schuchardt (1987) unterscheidet acht Phasen, die für eine erfolgreiche Bewältigung durchlaufen werden müssen. Bewusst gestaltete sie ihr Modell als Spirale, um auf die Möglichkeit des Aufstiegs wie auch Abstiegs hinzuweisen. Der Bewältigungsprozess beginnt mit der Phase der „Ungewissheit“. Die Diagnosestellung führt zu einer Veränderung der Lebenssituation, zu Unwissenheit, Unsicherheit sowie Unannehmbarkeit aufseiten der Betroffenen. Zunächst versuchen die Eltern die „Krise“ zu verdrängen und zu leugnen. Sie hoffen, dass sich die Diagnose nicht bewahrheitet, und nehmen Aussagen diesbezüglich selektiv wahr. Nach der Phase der „Ungewissheit“ schließt sich die Phase der „Gewissheit“ an. Auch wenn die Behinderung des Kindes rational erkannt wird, bleibt emotional die Hoffnung bestehen, dass es sich um einen Irrtum handelt. Diese emotionale Haltung ändert sich in der dritten Phase. Aggressive Gefühle verbreiten sich und werden im sozialen Umfeld „entladen“. Die Betroffenen fragen sich: „Warum gerade ich...?“, fühlen sich alleingelassen und nehmen die Welt als ungerecht wahr. Diese negativen Gefühle werden in der Phase der „Verhandlung“ in Aktivität umgewandelt. Die Familie

stellt sich der Behinderung des Kindes und versucht mit allen Mitteln die Behinderung und deren Auswirkungen zu „bekämpfen“. Die Eltern eignen sich Wissen über die Behinderung ihres Kindes an, informieren sich über mögliche Therapien und investieren hohe Kosten zur Förderung des Kindes („Ärzte-Warenhaus“). Jedem Weg, der Hoffnung bringen könnte, wird ungesteuert nachgegangen („Wunder-Wege“). Nach diesem emotionalen Rausch treten die Eltern in die Phase der „Depression“ ein. Sie fragen sich „Wozu?“, resignieren, sind hilflos und verausgabt. Von irrealen Hoffnungen wird nun Abstand genommen, und die Eltern beginnen zunehmend, die Behinderung ihres Kindes anzunehmen. In der Phase der „Annahme“ leben die Eltern nicht mehr gegen, sondern mit der Behinderung ihres Kindes. Dieser Entschluss führt in der vorletzten Phase zu neuer Aktivität. Die Eltern passen sich ihrer neuen Lebenssituation an und versuchen, das Beste daraus zu machen. Die Bewältigung und Annahme der Behinderung des Kindes sowie die erfolgreiche Anpassung an die neue Lebens- und Beziehungssituation steigern das Selbstbewusstsein aufseiten der Eltern und lassen den Wunsch erwachen, gesamtgesellschaftliche Änderungen in Gang zu setzen. Die Eltern gründen in der Phase „Solidarität“ bspw. Selbsthilfegruppen, engagieren sich in Vereinen oder sensibilisieren das Umfeld für die Behinderung ihres Kindes. All diese aktiven Formen der Gestaltung sind Ausdruck eines erfolgreichen Krisenprozesses.

Auch wenn Modelle dieser Art pädagogischen Fachkräften eine bessere Einschätzung der Verhaltensweisen und aktuellen Erlebenssituation der Eltern ermöglichen, wird heute von Modellen dieser Art Abstand genommen, da die vielfältigen Einflussfaktoren für das Belastungs- und Bewältigungserleben (personale und soziale Ressourcen sowie Merkmale des Kindes) nicht berücksichtigt werden (vgl. Hintermair 2006). Zudem wird dieses Modell der Individualität und Komplexität des Systems Familie nicht gerecht. Familien behinderter Kinder durchlaufen u. U. weder alle genannten Phasen noch in der dargestellten Reihenfolge.

McCubbin und Patterson (1983) entwickelten in Anlehnung an das ABCX-Modell von Hill (1985) das „doppelte ABCX-Modell“ zur Erklärung der Mechanismen, wie sich Familien an familiäre Belastungen anpassen. Zentral für dieses Modell ist die Betonung der elterlichen Beurteilung der Situation und ihrer Ressourcen. Im Gegensatz zum Modell von Schuchardt (1987) muss nach diesem Modell die Diagnose einer Behinderung nicht direkt zum Ausbruch einer „Krise“ führen. Vielmehr entscheiden die beiden genannten Faktoren über den weiteren Verlauf. Kommt es jedoch zum Ausbruch einer Krise, wird das familiäre Erleben bestimmt von der Behinderung des Kindes, dessen Verhalten und Merkmalen, von den Ressourcen, die für den Umgang mit der Belas-

tung verfügbar sind, von den Bewältigungsstrategien und der Bedeutung, die die Eltern dem kritischen Lebensereignis beimessen. McCubbin und Patterson (1983) heben im Bereich der Ressourcen neben den personalen Ressourcen die Bedeutsamkeit sozialer Ressourcen hervor. Dabei trennen sie zwischen innerfamiliären Ressourcen und den Ressourcen des Umfelds sowie zwischen sozialen Ressourcen, die bereits vorhanden sind, und sozialen Ressourcen, die ausgebaut/erweitert werden können. In eine ähnliche Richtung geht das Modell elterlicher Belastungsfaktoren nach Abidin, worauf der „Parenting Stress Index“ basiert. Demnach wird das elterliche Belastungserleben bestimmt durch die Merkmale des Kindes sowie die sozialen und personalen Ressourcen (vgl. Abidin 1990). Der Einfluss des sozialen Netzwerkes auf das Stresserleben wurde auch von Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson und Basham (1983) bestätigt. Sie zeigten auf, dass das soziale Netzwerk auf die Zufriedenheit von Müttern und deren Stresserleben Einfluss nimmt.

Der Belastungs- und Bewältigungsprozess von Eltern behinderter Kinder wird heute vornehmlich aus der Ressourcenperspektive betrachtet. Wie sich das Belastungs- und Bewältigungserleben gestaltet und wie kritische Lebensereignisse verarbeitet werden, hängt von den personalen/elterlichen und sozialen Ressourcen sowie den Merkmalen des Kindes ab (vgl. Hintermair 2002, S. 27; Sarimski et al. 2013, S. 23; Scorgie, Wilgosh und McDonald 1998; Yau & Li-Tsang 1999).

2.4.3 Ressourcen und deren Einfluss auf das Belastungs- und Bewältigungserleben

2.4.3.1 Merkmale des Kindes

Unter den Faktor „Merkmale des Kindes“ fallen die Schwere der Behinderung des Kindes, Alter des Kindes, das Temperament des Kindes, spezifische Entwicklungs- und Verhaltensmerkmale bzw. Kompetenzen des Kindes sowie der gesundheitliche Gesamtzustand des Kindes (vgl. Hintermair 2002, S. 27; Sarimski et al. 2013, S. 33).

Im Bereich der kindlichen Kompetenzen wurde die Relevanz kommunikativer Fähigkeiten für das Belastungs- und Bewältigungserleben der Eltern überprüft. In einer Untersuchung von Hintermair (2005) wirkten sich geringe kommunikative Fähigkeiten des Kindes negativ auf das elterliche Belastungserleben aus. Die Bedeutsamkeit kommunikativer Fähigkeiten bestätigen auch Frey, Greenberg und Fewell (1989). Zudem

sind es Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, welche das Belastungserleben von Eltern beeinflussen können (vgl. Hintermair 2002, S. 30; Sarimski et al. 2013, S. 22, 33).

Was die Relevanz des kindlichen Geschlechts anbelangt, wurden bei Hintermair (2005) in der Mütterstichprobe die Jungen problematischer erlebt als die Mädchen. Bei Frey et al. (1998) spielte das Geschlecht des Kindes bei den Vätern eine entscheidende Rolle. In der Untersuchung von Hintermair, Lehmann-Tremmel und Meiser (2000) war das Geschlecht hingegen unbedeutsam (vgl. S. 81).

Zur Bedeutsamkeit des Alters des Kindes liegen Ergebnisse von Hintermair und Horsch (1998) vor. Demnach steigen mit zunehmendem Alter des Kindes auch die Eltern-Kind-Konflikte. Eltern jüngerer Kinder nehmen die Interaktion mit ihrem Kind positiver wahr, fühlen sich auf der anderen Seite aber auch häufiger eingeschränkt als Eltern älterer Kinder (vgl. S. 142 ff.).

2.4.3.2 Soziale Ressourcen

Nach Nestmann (1997) gilt die soziale Unterstützung „heute als wichtigstes gesundheitserhaltendes und gesundheitsförderliches Potential sozialer Netzwerke...[und] somit als eine zentrale Variable in der Erhaltung von körperlicher und seelischer Gesundheit“ (Nestmann 1997, S. 224). Zu den sozialen Ressourcen zählen verschiedene soziale Netzwerke. Unterschieden werden dabei die natürlichen bzw. primären Netzwerke von den künstlichen bzw. sekundären und tertiären Netzwerken. Unter Erstere fallen Familie, Freunde, Bekannte, der Partner/die Partnerin und die Nachbarschaft. Zu den sekundären Netzwerken zählen Kontakte zu Gleichbetroffenen und zu den tertiären Netzwerken die Unterstützung durch Frühförderinnen, Ärzte und Therapeutinnen (vgl. Hintermair et al. 2000, S. 25). Soziale Netzwerke haben eine indirekte Wirkung auf die Entwicklung eines Stressors, auf die Bewertung des Stressors und auf die Entwicklung von Coping-Strategien sowie eine direkte Wirkung auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden (vgl. Röhrle & Stark 1985, S. 33). Sarimski et al. (2013) stellten ebenfalls fest, dass soziale Ressourcen dazu beitragen, die familiäre Belastung zu reduzieren (vgl. S. 31 f.).

Nach Yau und Li-Tsang (1999) ist es im Bereich der sozialen Ressourcen wichtig, dass die Eltern über ein kleines, aber starkes und verlässliches Unterstützungsnetzwerk verfügen und in einem Wohnort leben, in dem die Gesellschaft Menschen mit Behinderung mit Offenheit und Akzeptanz begegnet. Darüber hinaus betont das Autorenteam

die Bedeutsamkeit von Selbsthilfegruppen. Hintermair et al. (2000, S. 154) sowie Engelbert (1999, S. 172 f.) stellten ebenfalls fest, dass Gleichbetroffenenkontakte entlastend wirken können. Kontakte zu Gleichbetroffenen ermöglichen eine Begegnung „auf Augenhöhe“. Erfahrungen und Strategien für den Umgang mit Herausforderungen im Alltag können u. a. untereinander ausgetauscht werden. Keine andere Personengruppe des sozialen Umfelds kann diese Form der Unterstützung leisten (vgl. Sarimski et al. 2013, S. 30).

Hintermair et al. (2000) halten in ihrer Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse zur sozialen Unterstützung von Eltern hörgeschädigter Kinder fest:

- „dass die soziale Unterstützung, die Eltern erfahren, belastungsreduzierend ist und vor allem Lebensqualität fördert,
- dass diese soziale Unterstützung nicht für alle Eltern in gleicher Weise verfügbar ist, sondern dass bestimmte Gruppen von Eltern [...] offensichtlich Benachteiligungen erfahren,
- dass diese soziale Unterstützung in einem Netz geleistet wird, das sich aus vielen verschiedenen Personengruppen zusammensetzt, die unterschiedliche Funktionen darin wahrnehmen,
- dass es Möglichkeiten gibt, sich Einblicke in diese differenzierte Vernetzung zu verschaffen und sie gemeinsam mit den Betroffenen konstruktiv für die Zusammenarbeit zu nutzen“ (S. 257).

Die Autorengruppe fand zudem heraus, dass insbesondere der psychosozialen Unterstützung eine enorme Bedeutung zukommt (vgl. S. 143). Darunter fallen die Möglichkeit zum Austausch, die emotionale Unterstützung, das Äußern von Betroffenheit sowie der Kontakt zu Gleichbetroffenen. Entlastend wirkten als weitere Faktoren die Akzeptanz des Kindes durch das soziale Netzwerk sowie eine Unterstützung bei der Förderung des Kindes (vgl. S. 146 f.). Zuletzt wirkte außerdem die praktisch-materielle Unterstützung entlastend in Form von Arbeitshilfen im Haushalt oder der Kinderbetreuung (vgl. S. 145 f.). Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden ebenfalls beobachtet. Während für Männer die Partnerin und der weitere Bekanntenkreis die Hauptunterstützungsquelle darstellten kam ein Viertel der Frauen ohne die Unterstützung des Partners aus. Außerdem konnten die Frauen häufig auf ein sehr engmaschiges soziales Netzwerk zurückgreifen.

2.4.3.3 Personale Ressourcen

Bei den personalen Ressourcen werden die kontextuellen Merkmale von den in der Biografie erworbenen Einstellungs-, Wahrnehmungs- und Handlungsmustern unterschieden (vgl. Hintermair & Horsch 1998, S. 39 f.). Unter die kontextuellen Merkmale fallen das Geschlecht, Alter, die soziale Schicht, der Bildungsstatus, eine glückliche Partnerschaft sowie religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen.

Yau und Li-Tsang (1999) sowie Scorgie et al. (1998) führen folgende personale Ressourcen auf:

- Hoher Bildungsabschluss
- Stabile Persönlichkeit vor der Geburt des Kindes
- Positive Sichtweise auf und realistische Erwartungen an das Kind
- Wenig gefangen in negativen Vorstellungen
- Kreativität beim Bewältigen von Herausforderungen
- Problemlösestrategien
- Eheähnliche Partnerbeziehung mit gegenseitiger Unterstützung und gegenseitigem Interesse
- Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Beziehung
- Mutter und Vater sind vorhanden, eher weniger Kinder
- Hoher sozioökonomischer Status

Während Crnic et al. (1983) feststellten, dass sich religiöse Überzeugungen positiv auf das Bewältigungserleben auswirken, belegten Frey et al. (1989) diesen Zusammenhang nicht.

Die in der Biografie erworbenen Einstellungs-, Wahrnehmungs- und Handlungsmuster umfassen das Selbstwertgefühl, den Optimismus und Bewältigungsoptimismus, die Kontrollüberzeugungen, die Toleranz gegenüber Ungewissheit, die Bereitschaft zur Selbstenthüllung, die eigenen Interessen und die erlebte Problemlösekompetenz (vgl. Hintermair & Horsch 1998, S. 39 f.). All diese Widerstandsressourcen finden sich im Konzept des Kohärenzgefühls von Antonovsky (1997) wieder, das in den letzten Jahren stark an Aufmerksamkeit gewonnen hat (vgl. Hintermair 2002, S. 37). Antonovsky (1997) definiert das Kohärenzgefühl als

[...] eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß [sic]

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind [Verstehbarkeit];
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen [Handhabbarkeit];
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen [Bedeutsamkeit]. (S. 36)

Beim „Kohärenzgefühl“ handelt es sich somit um eine globale Stressbewältigungsresource, die Menschen hilft, das Passungsverhältnis zwischen Ressourcen und Belastung wiederherzustellen und flexible Coping-Strategien zu entwickeln (vgl. Hintermair 2002, S. 57). Dem Kohärenzgefühl kommt sowohl eine gesundheitsfördernde als auch stressregulierende Funktion zu (vgl. Hintermair 2002, S. 65). Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl können einen Stressor besser auf seine Bedeutsamkeit hin überprüfen. Eltern mit einem hohen Kohärenzgefühl unterscheiden sich von Eltern mit einem niedrigen Kohärenzgefühl dahin gehend, dass sie zum Zeitpunkt der Diagnose die Behinderung weniger als Stressor und vielmehr als Herausforderung wahrnehmen, sie schneller in ihr emotionales Gleichgewicht zurückfinden, das Kind nicht zum alleinigen Mittelpunkt der Familie werden lassen, weiterhin eigenen Interessen nachgehen und zur Entwicklung flexibler Coping-Strategien in der Lage sind (vgl. Hintermair 2002, S. 119 f.).

Sarimski et al. (2013) zeigen auf, dass bei Eltern mit einem hohen Zutrauen in ihre Kompetenzen, die alltägliche Interaktion mit ihrem Kind problemloser verläuft und die Familie einer geringeren Belastung ausgesetzt ist. Zudem stellten sie fest, dass Eltern mit einem hohen Zutrauen in ihre Kompetenzen weniger familiäre Belastungen nach einem Jahr erlebten (vgl. S. 27). Auch auf den Zusammenhang von elterlichem Belastungserleben und kindlicher Entwicklung gehen sie ein. Sie gehen davon aus, „dass sich elterliches Zutrauen in die eigene Kompetenz widerspiegelt in entwicklungsförderlichen Formen der Interaktion und Beziehung zum Kind im Alltag und sich damit indirekt auf einen positiven Verlauf der kindlichen Entwicklung auswirkt“ (Sarimski et al. 2013, S. 25).

Im Gegensatz zum Konzept von Antonovsky wird in Konzepten wie „Hardiness“, der „gesundheitlichen Kontrollüberzeugung“, der „Selbstwirksamkeitserwartung“ und dem „dispositionellen Optimismus“ die Stressbewältigung als etwas sehr Individuelles betrachtet, wohingegen Antonovsky (1997) betont, dass nicht alle Fähigkeiten im Individuum angelegt sein müssen, sondern es für das Individuum auch hilfreich ist zu wissen, wo die notwendigen Kompetenzen im sozialen Netzwerk vorhanden sind (vgl. S.

35). Außerdem hebt er hervor, dass es sich beim Kohärenzgefühl nicht um einen Coping-Stil handelt, sondern um eine Fähigkeit, flexibel mit Anforderungen umgehen zu können. Das Kohärenzgefühl trägt somit entscheidend dazu bei, Stresssituationen erfolgreich bewältigen zu können (vgl. Hintermair 2002, S. 44 ff.).

2.4.4 Belastungs- und Bewältigungserleben von Eltern spezifisch sprachentwicklungsgestörter Kinder

Durch die Diagnose einer Sprachentwicklungsverzögerung bzw. -störung kann es in der Familie des betroffenen Kindes zum Eintritt eines „kritischen Lebensereignisses“ kommen. Kennzeichnend für ein „kritisches Lebensereignis“ ist, dass es das „Person-Umwelt-Passungsgefüge“ in ein Ungleichgewicht bringt und starke Emotionen bei den Betroffenen auslöst (vgl. Filipp & Aymann 2010, S. 13). Hintermair und Horsch (1998) ergänzen, dass ein „kritisches Lebensereignis“ eine qualitative Veränderung der Lebenssituation zur Folge hat und abrupt eintritt (vgl. S. 26). Als weiteres Merkmal führen sie an, dass ein Lebensereignis erst dann kritisch wird, wenn es den Eltern nicht gelingt, das Passungsverhältnis zwischen Belastung und Ressourcen wiederherzustellen (vgl. S. 26). Ein kritisches Lebensereignis ist eben nicht „aussichtslos“, sondern vom Ausgang her offen (vgl. Sarimski et al. 2013, S. 16).

Das Kriterium „abrupt“ trifft sicherlich nicht für alle Eltern von sprachentwicklungsverzögerten Kindern zu. Manche Eltern bemerken die Verzögerung in der sprachlichen Entwicklung ihres Kindes selbstständig, während andere im Rahmen der U7 „abrupt“ auf die Sprachentwicklungsverzögerung ihres Kindes aufmerksam gemacht werden. Unabhängig davon führt der Eintritt eines kritischen Lebensereignisses zu Veränderungen in der Lebenssituation und in der Beziehungssituation, die von den Eltern bewältigt werden müssen. Stehen den Eltern zum Umgang mit den Veränderungen keine ausreichenden Ressourcen und Coping-Strategien zur Verfügung, kann sich das kritische Lebensereignis zu einer (Dauer-)Belastung ausweiten (vgl. Hintermair & Horsch 1998, S. 33).

Das Belastungserleben von Eltern sprachbehinderter Kinder ist erst seit Ende der 90er-Jahre sowohl im deutschen als auch angloamerikanischen Sprachraum Inhalt von Forschungsarbeiten. Erste Ergebnisse zur Belastungssituation von Eltern sprachbehinderter Kinder verdeutlichten die Bedeutsamkeit dieses Forschungsgebietes, sodass das Forschungsinteresse stieg und sich verschiedene Forschungsgruppen des Themas an-

nahmen (vgl. Bock, Rosanowski & Gräbel 2007; Conti-Ramsden, Botting & Durkin 2008; Gräbel, Bock & Rosanowski 2007; Kugele, Pfeifer & Sarimski 2010; Limm & Suchodoletz 1998; Rudolph, Kummer, Eysholdt & Rosanowski 2004; Schaunig et al. 2004; Suchodoletz & Machery 2006; Wink, Gräbel, Hoppe, Eysholdt & Rosanowski 2006). Nichtsdestotrotz ist die Forschungslage noch immer relativ überschaubar (vgl. Schaunig et al. 2004).

Schaunig et al. (2004) überprüften die Stressbelastung von Müttern sprachbehinderter Vorschulkinder (3;0–6;5 Jahre alt) mittels des Parenting-Stress-Indexes. 68 % der Mütter sprachbehinderter Kinder berichteten von einem überdurchschnittlichen Stresserleben, während es nur 2 % in der Gruppe der Mütter mit sprachgesunden Kindern waren. Dieser Unterschied war signifikant. Auch ergaben sich in allen Subskalen des PSI signifikant Gruppenunterschiede mit Ausnahme der Skala „Ablenkbarkeit/Hyperaktivität“ in der Kind-Dimension. Die höchsten individuellen Belastungswerte erreichten die Mütter von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen im Kindbereich auf den Skalen „Anpassung“ und „Ablenkbarkeit“ sowie im Elternbereich auf den Skalen „Kompetenz“ und „Depression“. Die niedrigsten Werte wurden im Kindbereich auf den Skalen „Stimmung“ und „Verstärkung“ erreicht sowie im Elternbereich auf den Skalen „Gesundheit“ und „Isolation“. Das Alter oder Geschlecht des Kindes hatte keinen Einfluss auf die Stressbelastung, das Vorliegen einer Diagnose hingegen schon. In der Skala „Stress durch Lebensumstände“ wiesen die Mütter sprachgesunder Kinder eine höhere Stressbelastung auf. Trotz einer geringeren Belastung durch Lebensumstände waren die Mütter sprachbehinderter Kinder einem höheren subjektiven Stresserleben ausgesetzt.

Ebenfalls mit der Stressbelastung von Eltern sprachbehinderter Kinder im Vorschulalter (Durchschnittsalter von 4;6 Jahren) setzten sich Kugele et al. (2010) auseinander. In ihrer Untersuchung lagen die Werte von 43 % der Mütter im Bereich einer überdurchschnittlichen Gesamtbelastung. Durch die schwierigen Temperaments- und Verhaltensmerkmale des Kindes fühlten sich 63 % der Eltern belastet sowie 40 % durch die Schwierigkeiten in der Interaktion. Die subjektiv erlebte Belastung wurde am stärksten durch die Temperaments- und Verhaltensmerkmale beeinflusst, gefolgt von den Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion und der emotionalen Belastung. Alle drei Subskalen unterschieden sich signifikant voneinander. Zudem setzte die Forschungsgruppe den Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel; Ravens-Sieberger et al. 2001) ein und verglich die familiäre Belastung von Eltern spracherwerbsgestörter Kinder mit der Belastung von Eltern, deren Kinder von einer allgemeinen Behinderung be-

troffen waren. In allen Bereichen lag die durchschnittliche Belastung von Eltern sprach-
erwerbsgestörter Kinder unter der Belastung der Vergleichsgruppe. Die Unterschiede
waren allerdings gering. Die Belastung der Geschwister war nahezu identisch. Die per-
sönliche Belastung war in beiden Gruppen am größten, gefolgt von der täglichen Belas-
tung (wobei es hier zum größten Gruppenunterschied kam), der Belastung der Ge-
schwister und der finanziellen Belastung.

Ergebnisse zum Vorschulalter veröffentlichten ebenfalls Long et al. (2008). Äußerten
Eltern von Kindern im Alter zwischen drei und fünf Jahren Bedenken zur sprachlichen
Entwicklung ihres Kindes, gaben sie 2.6-mal häufiger an, das Gefühl zu haben, die all-
täglichen Anforderungen nicht gut bewältigen zu können, verglichen mit Eltern ohne
Bedenken bezüglich der sprachlichen Entwicklung ihres Kindes. Sorgten sich die Eltern
neben der Sprache auch noch um das Verhalten des Kindes, war die Belastung sogar um
das 2.8-Fache erhöht, verglichen mit Eltern ohne Sorgen in einem der genannten Berei-
che.

In der Studie von Limm und Suchodoletz (1998) gab ebenfalls ein Großteil der Müt-
ter an (60 %), sich übermäßig beansprucht zu fühlen. 43 % der Mütter fühlten sich
durch die kindliche Entwicklungsauffälligkeit zusätzlichem Stress ausgesetzt. Überfor-
derungstendenzen resultierten dabei nur in geringem Maße aus der Sprachbehinderung
des Kindes (43 %). Vielmehr waren es die begleitenden Symptome wie Lernstörungen
(56 %), Verhaltensauffälligkeiten (55 %), Konzentrationsstörungen (54 %) und motori-
sche Koordinationsstörungen (29 %), welche die Mütter von 2;7 bis 11;5 Jahre alten
Kindern belasteten. Auch gaben die Mütter an, durch den Mehraufwand an Betreuung
und Zuwendung, die unerledigten Arbeiten, den Mangel an Freizeit und Erholung sowie
den zusätzlichen finanziellen Aufwand einer erhöhten Belastung ausgesetzt zu sein. Das
Stresserleben zwischen Müttern von SSES-Kindern und Müttern von Kindern mit kom-
binierten Entwicklungsstörungen unterschied sich dabei kaum. Eine erhöhte Stressbe-
lastung wurde bei allen Familienmitgliedern beobachtet. Neben den Müttern, die am
stärksten belastet waren (64 %), waren es die Kinder selbst (51 %), gefolgt von den Ge-
schwistern (37 %) und den Vätern (28 %). Störungen in der emotionalen Situation der
Familien wurden ebenfalls beobachtet. So traten depressive Symptome (40 %), Enttäu-
schungsgefühle (33 %), aggressive Gefühle (20 %), Sorgen um die Zukunft (50 %),
innerfamiliäre Konflikte (41 %) und Ehekonflikte (26 %) in den Familien mit sprachbe-
hinderten Kindern auf. Daneben waren es negative Reaktionen aus dem Umfeld, die auf
das Belastungserleben der Familie einwirkten. Zwei Drittel der Mütter berichteten von
Ausgrenzungserfahrungen durch das soziale Umfeld aufgrund der Entwicklungsauffäl-

ligkeit ihres Kindes. Allerdings fühlte sich ein Großteil der Mütter durch diese geringe Akzeptanz nicht beeinträchtigt; nur ein Viertel gab an, hierdurch Belastungs- und Kränkungsgefühle entwickelt zu haben.

In einer Untersuchung von Suchodoletz und Machery (2006) gaben 50 % der Eltern an, negativen Reaktionen aufgrund der Entwicklungsauffälligkeiten ihres Kindes ausgesetzt zu sein. Am häufigsten kam es laut den befragten Eltern von Kindern im Vor- und Grundschulalter zu herabsetzendem Verhalten und Ausgrenzungen. Suchodoletz und Machery (2006) stellten daneben fest, dass die Umweltreaktionen wesentlich durch das Verhalten des Kindes beeinflusst wurden und der Umgang des Umfelds mit den Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes keinesfalls nur negativ beschrieben werden kann.

Neben den genannten Autoren erforschte eine Gruppe um Rosanowski zwischen 2004 und 2007 in einer groß angelegten Studie das Belastungserleben von 100 Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder im Alter von 1;3 bis 7;7 Jahren. In der deutschen Version des Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) erreichten 11 % der Mütter auffällige Werte auf der Depressionsskala, während es im Normkollektiv nur 3 % waren (vgl. Rudolph et al. 2004). Angststörungen kamen zwar bei Müttern sprachbehinderter Kinder häufiger vor, allerdings war der Unterschied zum Normkollektiv statistisch nicht signifikant. Auch die Lebensqualität von Müttern sprachbehinderter Kinder, erfasst mit der deutschen Version des Short Form (SF-)36 Health Survey, war, insbesondere aufgrund des körperlichen und emotionalen Gesundheitszustandes, eingeschränkt. Die Gruppe der 21- bis 30-jährigen Mütter erreichte zudem niedrigere Werte in der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung sowie die 30- bis 40-jährigen Mütter in der Vitalität und der sozialen Funktionsfähigkeit (vgl. Rudolph et al. 2004).

Gräbel et al. (2007) stellten demgegenüber auch bei den Angstwerten signifikante Unterschiede fest. Erneut kam es zu signifikanten Unterschieden bei den Depressivitätswerten. Gemessen an den „Cut-off-Werten“ lagen bei 26 % der Mütter die Angstwerte und bei 19 % der Mütter die Depressionswerte im klinisch auffälligen Bereich. Neben dem HADS-D setzte die Autorengruppe die Perceived Stress Scale ein. 70 % der Mütter gaben an, überdurchschnittlichen Stress zu empfinden. Mütter, die von weiteren belastenden Lebensereignissen betroffen waren, erreichten auf allen drei Skalen (Stress, Depression, Angst) signifikant höhere Werte als Mütter ohne zusätzliche belastende Lebensereignisse. Die zuletzt genannte Gruppe unterschied sich dennoch signifikant von der Allgemeinbevölkerung in den Bereichen „Stress“ und „Depression“, nicht aber in der Variablen „Angst“. Die Forschungsgruppe stellte außerdem fest, dass die wahr-

genommene Unterstützung bei der Erziehung der Kinder einen entscheidenden Einfluss auf die psychische Gesundheit hatte.

Bock et al. (2007) setzten sich mit den körperlichen Beschwerden von Müttern sprachbehinderter Kinder auseinander. Als Verfahren verwendeten sie den Gießener Beschwerdebogen. 82 % der Mütter wiesen überdurchschnittliche körperliche Beschwerden auf, wohingegen es mit 50 % signifikant weniger Mütter im Normkollektiv waren. Signifikant über dem Wert der Allgemeinbevölkerung lagen die Mütter sprachentwicklungsgestörter Kinder in den Bereichen „körperliche Erschöpfung“, „Gliederbeschwerden“ und „Herzbeschwerden“.

Die Diagnosestellung und das Belastungserleben der Eltern können sich auch auf das Interaktionsverhalten auswirken. Ritterfeld (2000) nennt vier Risikofaktoren, die durch die Diagnosestellung wirksam werden können: Die Bezugspersonen vermitteln dem Kind Sorge und mangelnde Akzeptanz, reduzieren ihre linguistische und kognitive Komplexität und wählen einen rigideren und weniger sprachförderlichen Interaktionsstil. Buschmann und Jooss (2007) ergänzen, dass Eltern sprachbehinderter Kinder eher dazu neigen, ihren Kindern die „Wünsche von den Lippen abzulesen“ oder auf der anderen Seite ihre Kinder mit Sprache zu „überschütten“. Das gewählte Interaktionsverhalten zur Unterstützung des Kindes enthält Aspekte, die als wenig sprachförderlich gelten, wie z. B. das Abnehmen der Kommunikation, das explizite Auffordern zum Nachsprechen, das direktive Interaktionsverhalten, die zu beobachtenden ablehnenden Sprechakte und schließlich die negativen Äußerungen gegenüber Dritten. Wulbert et al. (1975) stellten zudem fest, dass die Interaktion von Müttern und ihrem sprachbehinderten Kind von geringerer Wärme und Akzeptanz geprägt war und die Mütter ihr Kind weniger liebkosten und häufiger disziplinierten. Letzteres wird von Scheffner-Hammer et al. (2001) bestätigt.

Da ca. die Hälfte aller sprachentwicklungsgestörten Kinder von zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten betroffen ist, soll abschließend noch ein Blick auf das Belastungserleben von Eltern verhaltensauffälliger Kinder gegeben werden. Nach Schreyer, Petermann und Petermann (2011) liegt die Lebensqualität von Müttern verhaltensauffälliger Kinder signifikant unter der Lebensqualität von Müttern gesunder Kinder. Noch niedriger waren die Werte von Müttern, deren Kinder sowohl von Verhaltens- als auch von Entwicklungsauffälligkeiten betroffen waren. Lagen ausschließlich Entwicklungsauffälligkeiten, aber keine Verhaltensauffälligkeiten vor, wurden keine signifikanten Unterschiede zur Vergleichsgruppe beobachtet.

Was das Bewältigungsverhalten anbelangt, so setzten sich bisher im deutschen Sprachraum ausschließlich Limm und Suchodoletz (1998) mit dem Bewältigungsverhalten von Müttern sprachbehinderter Kinder auseinander. Demnach bewältigten die meisten Mütter Herausforderungen problemzentriert und weniger emotionsorientiert. Mütter mit einem emotionsorientierten Bewältigungsverhalten unterschieden sich in mehreren Stress-Items signifikant von den Müttern mit einem problemorientierten Bewältigungsverhalten. Neben der erhöhten Belastung berichteten die Mütter mit einem emotionsorientierten Bewältigungsverhalten verstärkt von reaktiven depressiven Gefühlen und Enttäuschungsgefühlen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auf Eltern sprachbehinderter Kinder verschiedene Belastungsfaktoren einwirken. Lern- und Konzentrationsstörungen sowie die erschwerte Interaktion können zu einem erhöhten Stresserleben führen. Zudem sind sprachbehinderte Kinder häufiger als sprachgesunde Kinder von Verhaltensauffälligkeiten betroffen. Hinzu kommen der Mehraufwand an Betreuung und Zuwendung sowie die notwendigen Therapietermine, die vor allem bei den Müttern zu einer Vernachlässigung der Befriedigung eigener Bedürfnisse führen. Auch der erhöhte finanzielle Aufwand, die Vorwürfe aus dem Umfeld, Ausgrenzungserfahrungen, Schuldgefühle sowie Unsicherheiten bezüglich der Entwicklungsperspektiven nehmen Einfluss auf das Belastungserleben. 40 % bis 70 % der Mütter sprachbehinderter Kinder geben an, sich überdurchschnittlich belastet zu fühlen. Knapp 20 % der Mütter erreichen Depressionswerte im klinisch auffälligen Bereich sowie 26 % der Mütter klinisch auffällige Angstwerte. Von körperlichen Beschwerden sind 82 % der Mütter betroffen, während es im Normkollektiv nur 50 % sind. Insbesondere der körperliche und emotionale Gesundheitszustand, aber auch der verminderte Antrieb aufgrund des körperlichen und psychischen Befindens sowie die Einschränkungen in den sozialen Beziehungen führen zu einer verminderten Lebensqualität. Diese durch den Eintritt eines kritischen Lebensereignisses wirksam werdenden Veränderungen gefährden die Gesamtentwicklung des sprachbehinderten Kindes.

2.4.5 Diagnostik

Zur Überprüfung des elterlichen Belastungserlebens und Bewältigungsverhaltens werden im deutschen Sprachraum insbesondere das Eltern-Belastungs-Inventar (Tröster 2010), der Familien-Belastungs-Fragebogen (Ravens-Sieberer, Morfeld, Stein, Reiss-

mann, Bullinger & Thyen 2001) und der Fragebogen „Soziale Orientierung von Eltern behinderter Kinder“ (SOEBEK, Krause & Petermann 1997) eingesetzt (Tabelle 24). Das Eltern-Belastungsinventar von Tröster aus dem Jahr 2010 wurde auf Grundlage des Parenting-Stress-Models von Abidin (1990, 1992) entwickelt. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 10 min, und die Normierung erfolgte mit Familien von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter.³⁸

Auch der Familien-Belastungs-Fragebogen wurde zur Erfassung des elterlichen Belastungserlebens entwickelt, allerdings schwerpunktmäßig für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 18 Jahren. Die Bearbeitungszeit beträgt ebenfalls 10 min. Das Verfahren erfragt mithilfe von 33 Items die erlebte Belastung in den Bereichen „tägliche soziale Belastung“, „persönliche Belastung/Zukunftssorgen“, „finanzielle Belastung“, „Belastung der Geschwisterkinder“ und „Probleme bei der Bewältigung“.

Das Verfahren „SOEBEK“ von Krause und Petermann aus dem Jahr 1997 erfasst demgegenüber das Bewältigungsverhalten von Eltern behinderter Kinder im Alter zwischen 0 und 13 Jahren. Auf der Grundlage von 58 Items werden die Bereiche „Intensivierung der Partnerschaft“, „Nutzung sozialer Unterstützung“, „Fokussierung auf das behinderte Kind“ und „Selbstbeachtung/Selbstverwirklichung“ evaluiert. Zusätzlich gibt es eine „Stressbelastungsskala“. Weiter gibt es Einzelfragen zu thematischen Schwerpunkten und Fragen zur Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung.

Tabelle 24 *Verfahren zur Erfassung des elterlichen Belastungserlebens und Bewältigungsverhaltens*

Verfahren	Autoren	Altersbereich	Zeit
Eltern-Belastungsinventar (EBI), deutsche Version des Parenting-Stress-Index (PSI)	Tröster (2010)	Familien mit Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter	10 min
Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen), deutsche Version der Impact on Family Scale bei Familien mit behinderten Kindern	Ravens-Sieberer et al. (2001)	0–18 Jahre; Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen	10 min
Soziale Orientierung von Eltern behinderter Kinder (SOEBEK)	Krause & Petermann (1997)	0–13 Jahre; Familien mit geistig und/oder körperlich behinderten Kindern	15–20 min

³⁸ Da dieses Verfahren im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz kam, erfolgt eine ausführliche Beschreibung im Kapitel „Methodik“.

2.5 Aktueller Forschungsstand zum Forschungsvorhaben

2.5.1 Zum Zusammenhang von elterlichem Belastungserleben und der sozial-emotionalen Entwicklung

In den folgenden Kapiteln werden Forschungsergebnisse zu Zusammenhängen des Forschungsvorhaben betreffend vorgestellt. Im ersten Kapitel werden Forschungsergebnisse zum Zusammenhang vom elterlichen Belastungserleben und der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes vorgestellt. Neben dem elterlichen Belastungserleben werden angrenzende Bereiche wie das Erziehungsverhalten und depressive Störungen der Eltern und deren Zusammenhang mit der sozial-emotionalen Entwicklung thematisiert.

Wie im vorherigen Kapitel gezeigt werden konnte, weisen Eltern sprachbehinderter Kinder eine überdurchschnittliche Belastung auf, die insbesondere auf die schwierigen Temperaments- und Verhaltensmerkmale des Kindes sowie die emotionalen Belastungen und Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion zurückzuführen sind. Mütter sprachbehinderter Kinder sind deutlich häufiger von depressiven Störungen, Angststörungen und körperlichen Beschwerden betroffen. Zudem belegen Forschungsarbeiten ein ungünstiges Erziehungsverhalten, eine geringere Akzeptanz des Kindes, weniger emotionale Zuwendung und eine geringere Sensibilität (vgl. Wulbert et al. 1975).

Eine hohe Elternbelastung, psychische Störungen sowie Störungen im Erziehungsverhalten und der Eltern-Kind-Interaktion stellen einen Risikofaktor für die Entwicklung eines Kindes dar (vgl. Cina & Bodenmann 2009; Petermann et al. 2008; Tröster 2010; vgl. auch Kap. 2.3.2.4). Weder im angloamerikanischen noch im deutschen Sprachraum liegen in der Sprachbehindertenpädagogik Forschungsarbeiten zum Zusammenhang der genannten Faktoren und der sozial-emotionalen Entwicklung des sprachbehinderten Kindes vor. Schaunig et al. (2004) vermuteten auf Grundlage ihrer Ergebnisse zum Belastungserleben von Eltern sprachbehinderter Kinder, dass die „stressbelastete Eltern-Kind-Interaktion“ die Ausbildung von Verhaltensauffälligkeiten begünstigt und in der Folge ein „Teufelskreis“ entstehen kann. Aufgrund der fehlenden Forschungsarbeiten werden im Folgenden Ergebnisse aus anderen Fachdisziplinen zu diesem Zusammenhang vorgestellt.

In der Hörgeschädigtenpädagogik wurde von Hintermair (2006) eine Untersuchung zum Zusammenhang von elterlichen Ressourcen, elterlichem Stresserleben und der psychosozialen Entwicklung des hörgeschädigten Kindes durchgeführt. Der SDQ-Gesamtproblemwert korrelierte dabei in der Mütterstichprobe auf dem Niveau von .64 und in der Väterstichprobe auf dem Niveau von .61 signifikant mit dem elterlichen

Stresserleben. Hintermair (2006) konnte mit einem pfadanalytischen Vorgehen aufzeigen, dass sich das Gesamtstresserleben der Eltern auf die psychosoziale Entwicklung des hörgeschädigten Kindes auswirkt, wobei dieser Zusammenhang allein auf die beeinträchtigte und als belastet erlebte Eltern-Kind-Interaktion zurückzuführen ist. Bei den Müttern konnten 44 % der Varianz durch die belastete Eltern-Kind-Interaktion (.63) und das Geschlecht des Kindes (.16) erklärt werden. In der Stichprobe der Väter waren 40 % der Varianz im SDQ auf die belastete Eltern-Interaktion (.55) und die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen (.15) zurückzuführen, wobei sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern die sozial-emotionale Entwicklung hauptsächlich durch die erlebte Belastung in der Eltern-Kind-Interaktion beeinflusst wurde. Allgemeiner emotionaler Stress hatte keine Auswirkungen auf die sozial-emotionale Entwicklung des hörgeschädigten Kindes. In Familien mit schwieriger Eltern-Kind-Interaktion fanden sich vermehrt emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten aufseiten des hörgeschädigten Kindes. Außerdem waren die Kinder häufiger von Hyperaktivität betroffen. Das prosoziale Verhalten und die Kontakte zu Gleichaltrigen wurden hingegen kaum durch die beeinträchtigte Eltern-Kind-Interaktion beeinflusst (vgl. Hintermair 2006). Neben Hintermair (2006) belegen in der Hörgeschädigtenpädagogik Watson, Henggeler und Whelan (1990) die Auswirkungen elterlichen Stresserlebens auf die psychosoziale Entwicklung des hörgeschädigten Kindes.

Ein Zusammenhang von elterlichem Stress und der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes wird ebenfalls von Anthony et al. (2005) bestätigt. In ihrer Untersuchung mit Kindern aus verschiedenen Head-Start-Programmen im Alter von 26 Monaten bis 59 Monaten zeigte die Forschungsgruppe auf, dass ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem elterlichen Stress und der von den Lehrerinnen angegebenen Sozialkompetenz (–.28) sowie den internalisierenden (–.21) und externalisierenden Verhaltensweisen (–.15) des Vorschulkindes.

Im gleichen Jahr veröffentlichten Braune-Krickau et al. (2005) Ergebnisse zu den Auswirkungen elterlicher psychischer Belastung und konfliktreicher Paarbeziehungen auf die Verhaltensregulation dreijähriger Kinder. Die mütterliche psychische Belastung stand sowohl mit internalisierenden (.43) und externalisierenden (.41) Problemen als auch dem Gesamtproblemwert des CBCL (.46) in einem signifikanten Zusammenhang. Zudem korrelierten die Paarkonflikte mit dem Gesamtproblemwert (.29) und den externalisierenden Problemen (.34). Das elterliche Interaktionsverhalten im Spiel korrelierte ebenfalls mit dem Gesamtproblemwert (–.28) und den externalisierenden Problemen (–.21). Somit hatten psychisch belastete Mütter sowie Eltern mit einer konflikthafter

Paarbeziehung häufiger Kinder mit geringeren sozial-emotionalen Kompetenzen. Als stärkster Prädiktor für die Verhaltensregulation der Kinder erwies sich die psychische Belastung der Mutter, wobei andere Studien auch den Einfluss der psychischen Belastung von Vätern belegen (vgl. Phares 1996). Die Autoren betonen bezüglich ihrer Ergebnisse allerdings, dass keine Schlüsse über die Wirkrichtungen gezogen werden können. So könnte es auch sein, dass sich die kindlichen Probleme auf das Belastungserleben der Eltern auswirken bzw. ein zirkuläres Ursachen-Wirkungs-Gefüge für diese Zusammenhänge verantwortlich ist.

In der Studie zur Validierung des EBI wurde das Belastungserleben von Müttern mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren mit ADHS überprüft (vgl. Tröster 2010). Dabei zeigte sich, dass im Kindbereich insbesondere das hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Verhalten des Kindes eine Quelle der Belastung darstellt wie auch die erhöhten Anforderungen in der Erziehung und die erschwerte Anpassungsfähigkeit des Kindes. Im Elternbereich lagen die Werte der Skalen „Elterliche Kompetenz“ und „Depression“ im auffälligen Bereich.

Ebenfalls mit dem Zusammenhang von elterlichem Stress und kindlichem Problemverhalten setzten sich Cina und Bodenmann (2009) auseinander. An ihrer Untersuchung nahmen 255 Elternpaare mit Kindern im Alter zwischen zwei und zwölf Jahren teil. Die Autoren entwickelten ein integratives Modell zur Erklärung von kindlichem Problemverhalten durch elterliche Faktoren, welches auch empirisch überprüft wurde (Abbildung 9). Dabei zeigte sich, dass sich das entwickelte Modell zur Aufklärung des Zusammenhangs von elterlichem Stress und kindlichem Problemverhalten eignet.

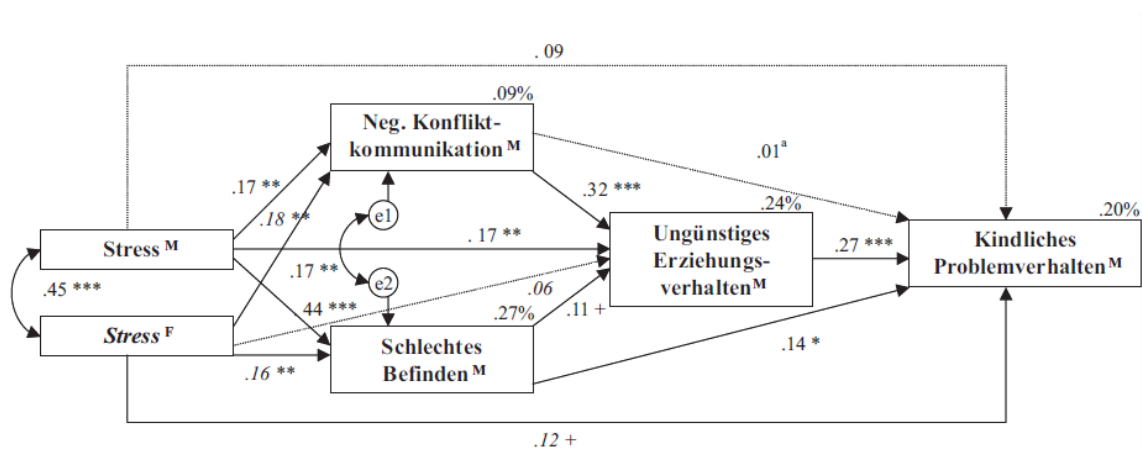


Abbildung 9. Modell der Zusammenhänge zwischen Stress beider Elternteile und Häufigkeit von kindlichem Problemverhalten (Cina & Bodenmann 2009, S. 46)

Wie im Modell deutlich wird, können ca. 20 % des kindlichen Problemverhaltens durch den Stress der Eltern, die Partnerschaftsqualität, das Befinden und das Erziehungsverhalten erklärt werden. Das Stresserleben stellt einen bedeutsamen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar. Daneben ist es das Erziehungsverhalten, welches einen großen Einfluss auf das kindliche Problemverhalten hat. Indirekt bedeutsam ist die Partnerschaftsqualität. Diese wirkt über das Erziehungsverhalten auf die Entwicklung des Kindes ein. Das Befinden beeinflusst sowohl indirekt über das Erziehungsverhalten als auch direkt das kindliche Problemverhalten.

Da das Erziehungsverhalten nach der Studie von Cina und Bodenmann (2009) erheblich durch das Belastungserleben beeinflusst wird, soll im Folgenden kurz dieser Faktor beleuchtet werden. Das Erziehungsverhalten zählt heute zu den wichtigsten Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung (vgl. Beelmann, Stemmler, Lösel & Jaursch 2007; Kap. 2.3.1.4). Beelmann et al. (2007) belegen, dass das elterliche Erziehungsverhalten, und hierbei vor allem das Disziplinierungsverhalten, die Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Vor- und Grundschulalter begünstigt. Eine umgekehrte Wirkrichtung ist nach Aussagen der Autoren aber auch möglich, wobei sich in dieser Untersuchung eher der zuerst genannte Zusammenhang bestätigte.

Die Zusammenhänge zwischen elterlichem Belastungserleben und Verhaltensauffälligkeiten beim Kind analysierten ebenfalls Eichler, Glaubitz, Hartmann und Spangler (2014). Als Probanden fungierten Eltern gesunder Kinder und Eltern einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. Die zuletzt genannte Gruppe zeigte signifikant höhere Belastungswerte als die Kontrollgruppe. Sowohl in der klinischen als auch in der Kontrollstichprobe stellte das Forschungsteam fest, dass Eltern, die eine sehr hohe Belastung aufweisen, mehr Probleme bei den Kindern wahrnehmen, als die Kinder selbst berichten. Eichler et al. (2014) vermuteten, dass dieser Effekt auf die verzerrte Wahrnehmung hoch belasteter Eltern zurückzuführen ist. Allerdings weist die Autorengruppe auch darauf hin, dass für ein abschließendes Urteil die Meinung eines dritten Außenstehenden notwendig ist.

Die aufgeführten Ergebnisse stimmen mit den Erkenntnissen von Laucht, Schmidt und Esser (2002) überein, wonach sich prä- und perinatale Komplikationen vor allem auf die motorische und kognitive Entwicklung auswirken, wohingegen sich belastete familiäre Verhältnisse hauptsächlich in der sozial-emotionalen Entwicklung bemerkbar machen. Zu erklären ist dieser Zusammenhang durch die Eltern-Kind-Interaktion als Vermittlungsvariable. Ein erhöhtes elterliches Belastungserleben kann eine geringere Qualität der Eltern-Kind-Interaktion zur Folge haben, wodurch die Entwicklungschancen

cen im sozial-emotionalen Bereich für das Kind eingeschränkt sind (vgl. Braune-Krickau et al. 2005).

Neben dem elterlichen Belastungserleben erhöhen depressive Störungen der Eltern die Wahrscheinlichkeit für Verhaltensauffälligkeiten. Psychische Störungen der Eltern gelten als einer der am besten untersuchten Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung, wobei insbesondere eine Depression aufseiten der Mutter als Risikofaktor gilt (vgl. Petermann et al. 2004, S. 334). Das Interaktionsverhalten depressiver Mütter lässt sich durch „mangelnde Responsivität, Überstimulation, weniger positive Emotionen und vermindertes mimisches Ausdrucksvermögen“ beschreiben (Petermann et al. 2008). In der Folge sind aufseiten des Kindes eine Vermeidung des Blickkontakts und verstärktes Rückzugsverhalten zu beobachten sowie der Aufbau einer unsicheren und desorganisierten Bindung zur Mutter. Wie in Kapitel 2.3.2.4 gezeigt wurde, erhöhen alle genannten Besonderheiten im Interaktionsverhalten depressiver Mütter das Risiko für emotionale und Verhaltensstörungen. Nach Beardslee, Bemporad, Keller und Klerman (1983) weisen 40 % bis 45 % der Kinder von depressiven Müttern psychische Störungen auf bzw. 41 % bis 77 % nach einer Übersichtsarbeit von Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart und Curtis (2004). Das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten ist im Vergleich zu Kindern psychisch gesunder Mütter um das Zwei- bis Fünffache erhöht (vgl. Elgar et al. 2004). Elgar et al. (2004) fassen die Probleme von Kindern depressiver Mütter wie folgt zusammen:

Observational research shows that infants and children of depressed mothers, compared to children of nondepressed mothers, are more fussy, receive lower scores on measures of intellectual and motor development, have more difficult temperaments and less secure attachments to their mothers, react more negatively to stress, show delayed development of self-regulatory strategies, and exhibit poorer academic performance, fewer social competencies, lower levels of self-esteem, and higher levels of behavioral problems. (S. 443)

Interessanterweise stellten Webster-Stratton und Hammond (1988) keine signifikanten Unterschiede im Verhalten von Kindern depressiver Mütter und von Kindern psychisch gesunder Mütter fest. Auch Fergusson und Lynskey (1993) kommen zum Schluss, dass der Zusammenhang von depressiven Symptomen und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten eher auf Kontextfaktoren zurückzuführen ist. In der Abbildung 10 sind die in diesem Kapitel aufgeführten Zusammenhänge noch einmal dargestellt.

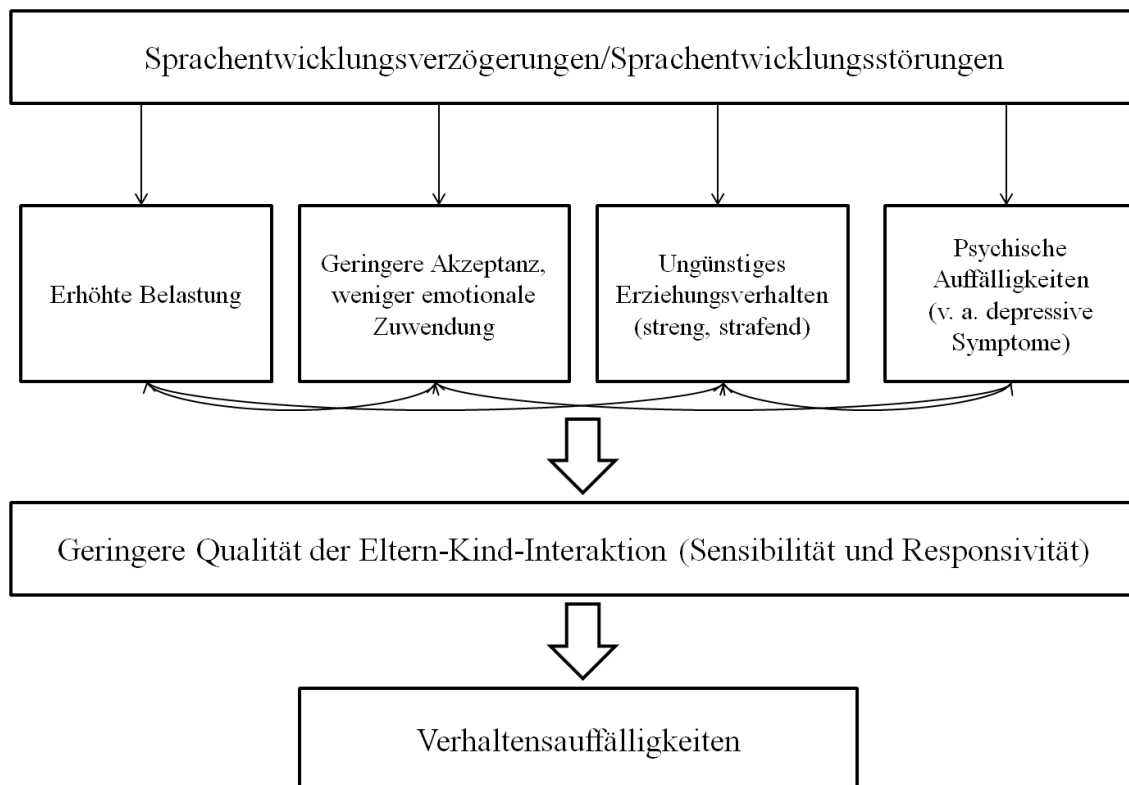


Abbildung 10. Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Belastungserleben und der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes

2.5.2 Zum Zusammenhang von pragmatisch-kommunikativer Kompetenz und der sozial-emotionalen Entwicklung

Im deutschen Sprachraum wurde in einer Studie der Zusammenhang von pragmatischen Kompetenzen und sozial-emotionalen Problemen untersucht. Sarimski et al. (2015) setzten hierzu die deutsche Version der Children's Communication Checklist (Bishop 1998; Spreen-Rauscher 2003) und den SDQ ein. Befragt wurden Lehrerinnen von 41 Kindern mit einem durchschnittlichen Alter von 8;1 Jahren. Es zeigte sich, dass die pragmatisch-kommunikativen und sozial-emotionalen Fähigkeiten in einem signifikanten Zusammenhang stehen. Je besser die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten beim Kind entwickelt waren, desto seltener traten Auffälligkeiten in der sozial-emotionalen Entwicklung auf. Auch zwischen der Skala „Soziale Beziehung“ der CCC und den Skalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“, „Prosoziales Verhalten“ und dem SDQ-Gesamtwert bestanden signifikante Zusammenhänge.

In den Niederlanden wurde dieser Zusammenhang von Ketelaars, Cuperus, Jansonius und Verhoeven (2010) an Kindern im Alter von vier Jahren untersucht. 1365 Kinder

wurden mit der CCC und dem SDQ überprüft. Ein mittlerer Zusammenhang wurde zwischen dem Gesamtwert des SDQ und der CCC festgestellt. Der höchste Korrelationswert ergab sich zwischen dem Gesamtwert der CCC und dem SDQ-Gesamtwert, gefolgt von den Werten in den Skalen „Hyperaktivität“, „Peer-Probleme“ und „Prosoziales Verhalten“. Kinder mit geringen kommunikativen Fähigkeiten sind demnach gefährdet, insbesondere externalisierende Probleme in Form von Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und geringe prosoziale Verhaltensweisen auszubilden. Formalsprachliche Fähigkeiten (Skalen „Speech“ und „Syntax“) wirkten sich nicht auf das Abschneiden im SDQ aus. Signifikante Geschlechterunterschiede konnten sowohl in der CCC als auch im SDQ beobachtet werden. Die Jungen verfügten über signifikant geringere pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten und schnitten in allen Skalen des SDQ mit Ausnahme der Skala „Emotionale Probleme“ signifikant schlechter ab als die Mädchen. Der Bildungsstatus der Eltern hatte keinen Einfluss auf die sozial-emotionale Entwicklung.

Auch bei Conti-Ramsden und Botting (2004) stand der Gesamtwert der CCC in einem starken Zusammenhang mit den sozial-emotionalen Fähigkeiten elf Jahre alter Kinder. 93 % der Kinder mit geringen pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten zeigten schlechte Leistungen im „Rutter Behavioral Questionnaire“ sowie 60 % im SDQ und 63 % in der Peerkompetenz. In allen drei Bereichen schnitten die Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Störungen signifikant schlechter ab als die Kinder mit altersentsprechenden pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten. Unterstützt werden diese Ergebnisse durch Studien der Forschungsgruppe im Jahr 2000, wonach Kinder mit pragmatischen Kommunikationsstörungen mehr als Kinder mit expressiven oder rezeptiv-expressiven Störungen von sozialen Schwierigkeiten, insbesondere Peer-Problemen, betroffen sind (vgl. Botting & Conti-Ramsden 2000).

Dieser Zusammenhang von pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten und der sozial-emotionalen Entwicklung wird ebenfalls durch eine Studie von St Clair et al. (2011) belegt. Im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung begleiteten sie die Entwicklung von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern bis zum Alter von 16 Jahren. Dabei zeigte sich, dass die pragmatischen Fähigkeiten Auswirkungen auf das Verhalten, die emotionale Entwicklung und die sozialen Fähigkeiten haben, wohingegen Störungen im expressiven Bereich nur das Verhalten bedingen.

Lindsay et al. (2007) stellten signifikante Zusammenhänge zwischen den pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten im Alter von zehn Jahren und der sozial-emotionalen Entwicklung im Alter von zwölf Jahren fest. Der Gesamtwert „Pragmatik“

korrelierte mit dem SDQ der Lehrerinnen auf einem Niveau von .55 und mit dem SDQ der Eltern auf einem Niveau von .29. Die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten waren ein Prädiktor für die sozial-emotionale Entwicklung.

Auch Hintermair, Pilz und Sarimski (2015) konnten bei einer Gruppe gehörloser und schwerhöriger Schüler im Alter zwischen sechs und zehn Jahren einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert Pragmatik aus der CCC und dem SDQ-Gesamtwert feststellen ($-.55$). Am stärksten korrelierten die pragmatischen Kompetenzen darüber hinaus mit den Subskalen „Verhaltensauffälligkeiten“ und „Hyperaktivität“. Die formalsprachlichen Kompetenzen korrelierten ebenfalls mit der sozial-emotionalen Entwicklung, allerdings auf einem niedrigeren Niveau ($-.31$). Das Geschlecht des Kindes und der Bildungsstatus der Eltern hatten keinen Einfluss auf die pragmatischen Kompetenzen.

Whitehouse, Watt, Line und Bishop (2009b) untersuchten die psychosoziale Entwicklung von autistischen, pragmatisch-kommunikativ gestörten und sprachentwicklungsgestörten Jugendlichen. Hierzu analysierten sie die Bereiche „Freundschaften“, „Liebesbeziehungen“, „Ausbildung“, „Beschäftigung“, „Unabhängigkeit“, „Psychiatrische Probleme“, „Autistische Verhaltensweisen“ sowie „Stereotype und repetitive Verhaltensweisen“. Bei den Freundschaften kam es zu signifikanten Unterschieden zwischen der Kontrollgruppe und der ASS- sowie PKS-Gruppe. Erwachsene mit pragmatisch-kommunikativen Störungen oder einer Autismus-Spektrum-Störung in der Vergangenheit wiesen eine signifikant geringere Freundschaftsqualität auf als die gesunde Kontrollgruppe. Die SSES-Gruppe hatte außerdem signifikant mehr enge Freundschaften als die ASS-Gruppe. In der gesunden Kontrollgruppe hatten alle Befragten bisher eine Beziehung, in der ASS-Gruppe keiner, in der PKS-Gruppe 50 % und in der SSES-Gruppe 53 % der Probanden. Psychiatrische Erkrankungen kamen in der ASS-Gruppe am häufigsten vor, gefolgt von der SSES- und der Kontrollgruppe. Erwachsene mit pragmatisch-kommunikativen Störungen in der Kindheit waren am seltensten von psychiatrischen Erkrankungen betroffen. Bei den Erkrankungen dominierten Depressionen sowie komorbide Angststörungen. Dieses Ergebnis muss allerdings kritisch betrachtet werden, da es auf der Befragung von sieben Jugendlichen basiert. Stereotype und repetitive Verhaltensweisen wurden nur bei wenigen PKS-Probanden beobachtet. Die Entwicklung autistischer Verhaltensweisen kann bei pragmatisch-kommunikativ gestörten und spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern über die Zeit somit ausgeschlossen werden. „Together, these findings indicate that autistic symptomatology does not develop over time in all individuals with primary pragmatic difficulties, and provides further

caution against treating PLI as equivalent to ASD [Autism Spectrum Disorder]” (Whitehouse et al. 2009b, S. 524).

Hintermair et al. (2011) heben ebenfalls die Bedeutsamkeit pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten für die sozial-emotionale Entwicklung hervor. Sie stellten fest, dass, je besser die kommunikativen Fähigkeiten der hörgeschädigten Kinder ausfallen, desto geringer die Wahrscheinlichkeit für sozial-emotionale Probleme ist. Dabei konnte die Forschungsgruppe auf der Grundlage von explorativen Pfadmodellen auch Aussagen über den Wirkzusammenhang formulieren. Die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen beeinflussten die sozial-emotionale Entwicklung ($-.27$). Dass die pragmatischen Kompetenzen auf die sozial-emotionale Entwicklung Einfluss nehmen, belegt auch Hintermair (2006). In dem von ihm entwickelten Pfadmodell der Väterstichprobe korrelierten die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen mit dem Gesamtwert des SDQ ($-.15$).

Die Häufigkeit von pragmatisch-kommunikativen Störungen in einer Gruppe verhaltensauffälliger Kinder untersuchten Gilmour, Hill, Place und Skuse (2004). Zwei Drittel der Kinder mit Verhaltensstörungen wiesen in dieser Untersuchung pragmatische Kommunikationsstörungen auf. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Mackie und Law (2010), die den CCC-2 einsetzten. Demnach fanden sich in der Gruppe von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten signifikant häufiger Störungen im strukturellen und pragmatischen Bereich als in der Vergleichsgruppe. Auch Staikova, Gomes, Tartter, McCabe und Halperin (2013) stellten fest, dass Kinder mit ADHS über signifikant geringere pragmatische Fähigkeiten verfügen als eine sprachgesunde Vergleichsgruppe.

Betrachtet man die oben aufgeführten Studienergebnisse, so wird deutlich, dass Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Störungen, mehr als rein expressiv oder rezeptiv-expressiv gestörte Kinder, ein erhebliches Risiko zur Ausbildung von sozial-emotionalen Störungen tragen. Kinder mit Störungen im pragmatisch-kommunikativen Bereich neigen insbesondere zu hyperaktivem, unaufmerksamem und wenig prosozialem Verhalten. Außerdem begünstigen pragmatisch-kommunikative Störungen Probleme mit Gleichaltrigen und eine geringere Freundschaftsqualität. Im späten Jugendalter führen Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Störungen seltener Liebesbeziehungen als sprachgesunde Jugendliche und Jugendliche mit ausschließlich Störungen im expressiven oder rezeptiv-expressiven Bereich. Eine Darstellung der Auswirkungen von pragmatisch-kommunikativen Störungen auf die sozial-emotionale Entwicklung findet sich in Abbildung 11.

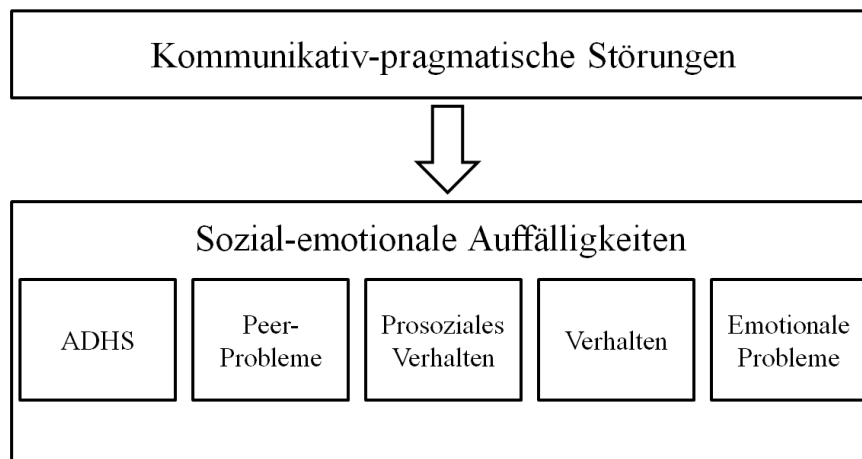


Abbildung 11. Auswirkungen von pragmatisch-kommunikativen Störungen auf die sozial-emotionale Entwicklung

2.5.3 Erklärung des Zusammenhangs von elterlichem Belastungserleben, pragmatisch-kommunikativer Kompetenz und der sozial-emotionalen Entwicklung

Es existieren zwei Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs von sozial-emotionalen Störungen und Sprachentwicklungsstörungen: das „Social Adaptation Model“ und das „Social Deviance Model“ (vgl. Redmond & Rice 1998). Im „Social Adaptation Model“ wird davon ausgegangen, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder grundsätzlich über altersentsprechende sozial-emotionale Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, durch die Störungen in der sprachlichen Entwicklung allerdings sozial-emotionale Probleme ausbilden können. In diesem Modell werden sozial-emotionale Störungen somit als Konsequenz der mangelnden sprachlichen Ressourcen betrachtet (vgl. Redmond & Rice 1998; Wadman et al. 2008). Nach dem „Social Deviance Model“ liegen neben Störungen in der sprachlichen Entwicklung gestörte psychosoziale Mechanismen vor, die sozial-emotionale Störungen als komorbides Erscheinungsbild hervorrufen (Redmond & Rice 1998; Wadman et al. 2008). Redmond und Rice (1998) fanden in einer Untersuchung mit 17 spezifisch sprachgestörten Kindern im Alter von sechs bis sieben Jahren Hinweise, die das Social Adaptation Model bestätigen, nicht aber das Social Deviance Model. Erstens glichen die sozial-emotionalen Kompetenzen von sprachentwicklungsgestörten Kindern eher denen psychisch und sprachlich gesunder Kinder als denen psychisch kranker Kinder. Zweitens unterschieden sich die Lehrerinnenbeurteilungen von den Beurteilungen der Eltern, d. h., die sozial-emotionalen Probleme hingen vom Kontext

und/oder den Interaktionspartnern ab. Zuletzt berichteten die Eltern von unauffälligen sozial-emotionalen Kompetenzen in der Kindheit. All diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass sich Probleme im sozial-emotionalen Bereich als Konsequenz aus den Sprachentwicklungsstörungen entwickeln, die Kinder nicht aber grundsätzlich von komorbiden sozial-emotionalen Störungen betroffen sind. Diese Ansicht verarbeitete Rice 1993 in seinem Modell der negativen Spirale sozialer Konsequenzen (Abbildung 12). Rice (1993) führte als Erklärungsansatz in seinem Modell die psychosozialen Störungen auf die sich durch die Sprachbehinderung einstellenden Störungen in der Interaktion mit Peers zurück.

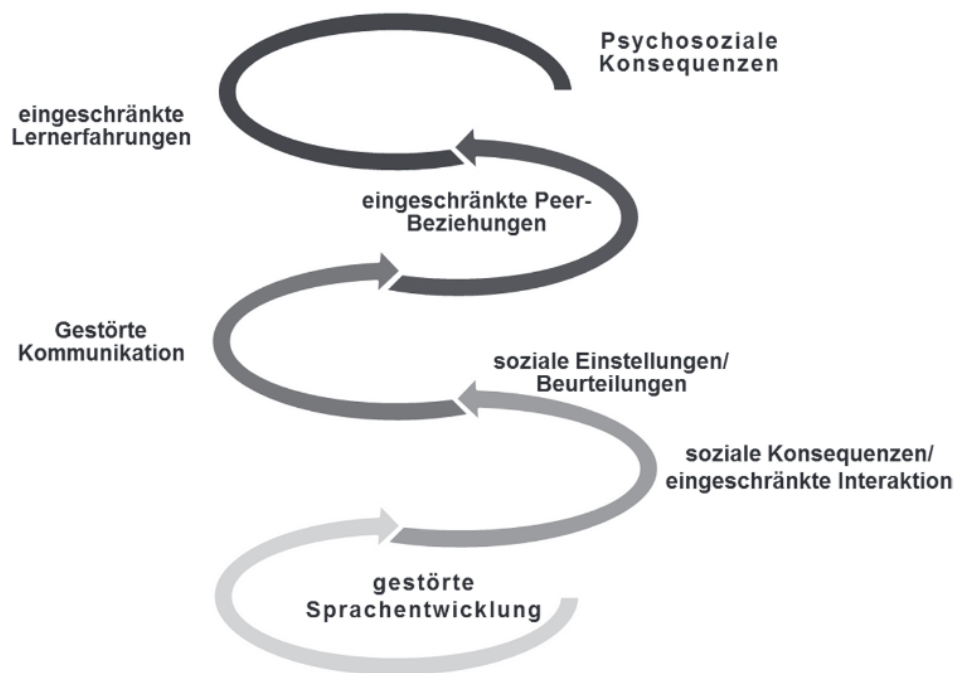


Abbildung 12. Modell der negativen Spirale sozialer Konsequenzen (Jungmann 2012, S. 46, modifiziert nach Rice 1993)

Hartmann (2002) ergänzt, dass nicht nur die Interaktion mit Gleichaltrigen beeinträchtigt sein kann, sondern auch die frühe Eltern-Kind-Interaktion zur Erklärung psychosozialer Störungen in den Blick genommen werden muss. Zur Erklärung des Zusammenhangs von pragmatisch-kommunikativen und sozial-emotionalen Störungen wurde das folgende Schaubild in Anlehnung an Rice (1993) entwickelt und hierbei auch das elterliche Belastungserleben einbezogen (Abbildung 13).

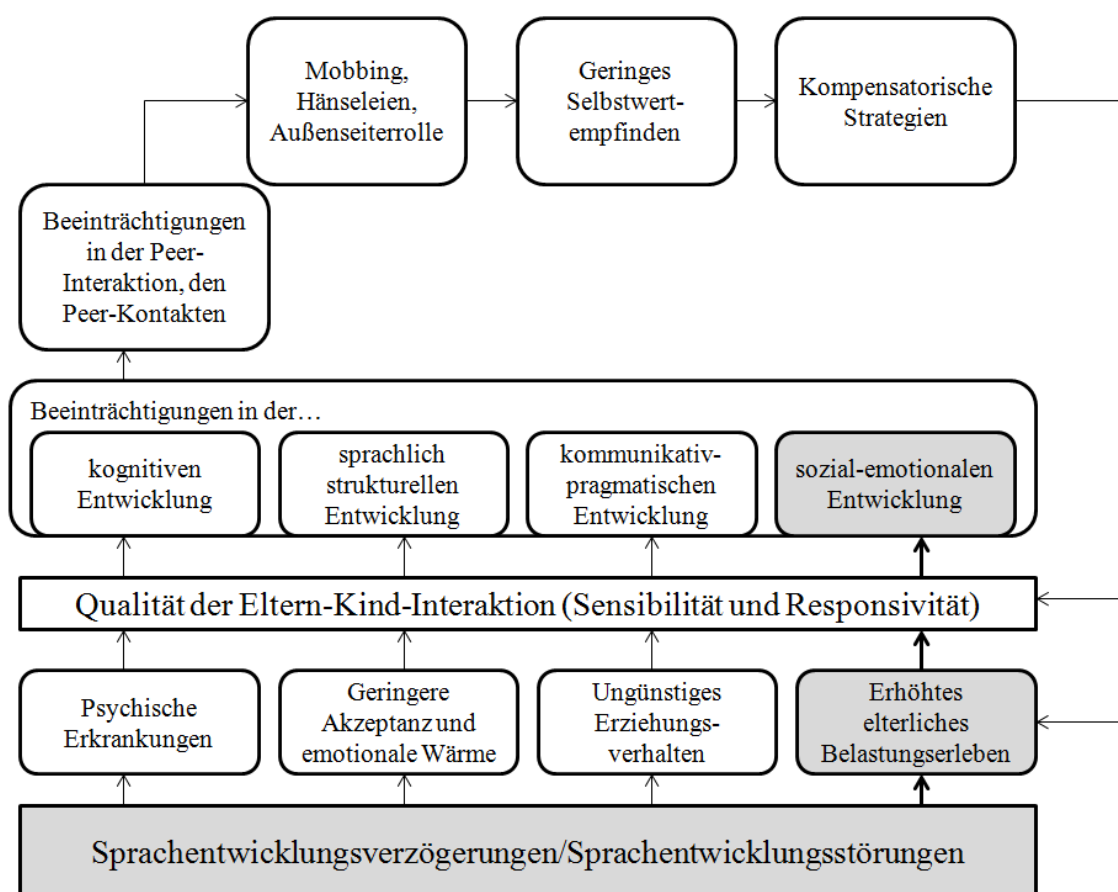


Abbildung 13. Auswirkungen einer Sprachentwicklungsstörung auf das elterliche Belastungserleben und das kindliche Problemverhalten

Die Diagnose „Sprachentwicklungsverzögerung“ oder „Sprachentwicklungsstörung“ kann für die Eltern bzw. die Bezugspersonen ein kritisches Lebensereignis darstellen und aufgrund der Veränderungen zu einem erhöhten elterlichen Belastungserleben führen. Zudem tragen Mütter sprachbehinderter Kinder ein erhebliches Risiko zur Entwicklung von depressiven Störungen, Angststörungen und körperlichen Beschwerden. Neben diesen psychosozialen Risikofaktoren existieren Forschungsarbeiten, die ein ungünstiges Erziehungsverhalten, eine geringere Akzeptanz des Kindes und weniger emotionale Zuwendung belegen. Die genannten Faktoren beeinflussen die Sensitivität und Responsivität, wodurch sich die entwicklungsförderlichen Inhalte des Eltern-Kind-Dialogs nur bedingt entfalten können. Folglich ist der Zugang zu sprachlich strukturellen, pragmatisch-kommunikativen, kognitiven und sozial-emotionalen Bildungsmomenten für das sprachbehinderte Kind nur eingeschränkt vorhanden.

Für den weiteren Verlauf der Entwicklung kommt den sprachlich strukturellen und kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten allerdings eine Schlüsselfunktion zu. Sprache weist eine entscheidende soziale Funktion auf. Sie bildet die Grundlage für den zwischenmenschlichen Austausch und ermöglicht uns, Kontakte und Beziehungen aufzu-

bauen, aufrechtzuerhalten und zu gestalten. Darüber hinaus beeinflusst sie die Entwicklung emotionaler Kompetenz (Emotionsverständnis, Emotionsregulation, sprachlicher Emotionsausdruck) und sozialer Kompetenz sowie die mit dem Aufbau dieser Kompetenzen im Zusammenhang stehenden exekutiven Funktionen und ToM. Liegt eine Sprachbehinderung vor bzw. konnte das Kind seine sprachlichen Fähigkeiten im Rahmen des Eltern-Kind-Dialogs nicht ausreichend erweitern, ist der Aufbau sozial-emotionaler Kompetenzen gefährdet und damit auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Wie in Kapitel 2.2.3.5 dargelegt, erhöht eine Sprachentwicklungsstörung womöglich das Risiko für Ausgrenzungen und Hänseleien, eine geringere Interaktionsqualität, eine geringere Qualität an Freundschaften und eine geringere Beliebtheit bei Peers. Zudem sind es die kognitiven Fähigkeiten³⁹ (vgl. Kap. 2.1.2.7.3), die neben der Sprachbehinderung die Interaktion mit Peers erschweren können (vgl. Noterdaeme 2008).

Sind sprachbehinderte Kinder von Ausgrenzungen und Stigmatisierungsprozessen betroffen, wirkt sich dies auf die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes und Selbstempfindens aus (Cohen et al. 1998; Jerome et al. 2002; Lindsay et al. 2008; Wadman et al. 2008). Die Kinder reagieren mit Rückzug oder entwickeln kompensatorische Strategien zur Gewinnung von Aufmerksamkeit. Während nicht sprachbehinderte Kinder die im Rahmen des Dialogs erworbenen Kompetenzen durch den Austausch mit Peers im Kindergarten oder der Schule anwenden und erweitern können, erfährt das sprachentwicklungsgestörte Kind erneut Einschränkungen, und die Gesamtentwicklung des Kindes ist bedroht. Letztere beeinflussen wiederum die Eltern-Kind-Interaktion und das elterliche Belastungserleben, wodurch zusätzlich die sozial-emotionale Entwicklung negativ beeinflusst wird (vgl. auch Kap. 2.3.2.4).

Dennoch muss betont werden, dass die Entstehung psychischer Störungen bei sprachauffälligen Kindern nicht monokausal zu erklären ist (vgl. Suchodoletz & Keiner 1998). Auch wenn Redmond und Rice (1998) Bestätigung für das Social Adaptation Model fanden, können Verhaltensstörungen auch „Ausdruck einer von der Sprachstörung unabhängigen Aufmerksamkeitsschwäche, der verminderten psychischen und sozialen Anpassungsfähigkeit sowie herabgesetzten Konflikttoleranz“, sein (Social Deviance Model) (Suchodoletz & Keiner 1998, S. 401). Denkbar ist auch, dass

³⁹ Ohne adäquate Förderung kann sich die Sprachbehinderung zu einer Lernbehinderung ausweiten. Nach Benasich et al. (1993) verringert sich der IQ von sprachbehinderten Kindern zwischen dem vierten und achten Lebensjahr um 8.6 Standardpunkte. Auch Silva, Williams & McGee (1987) stellten fest, dass der nonverbale IQ sprachbehinderter Kinder über die Zeit abfällt. Schakib-Ekbatan und Schöler (1995) beschreiben in diesem Zusammenhang das Phänomen des „abrutschenden IQs“.

Sprachentwicklungsstörungen die Folge aus mangelnden sozial-emotionalen Kompetenzen sein können, wie es die Studie von Cohen et al. (1989) vermuten lässt.

2.5.4 Zum Zusammenhang von elterlichem Belastungserleben und der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz

Die Bedeutsamkeit der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz für das elterliche Belastungserleben wurde insbesondere im Fach „Hörgeschädigtenpädagogik“ untersucht. Hintermair (2006) stellte einen signifikanten Zusammenhang zwischen der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung des Kindes und dem mütterlichen (–.22) bzw. väterlichen (–.19) Stresserleben fest. In den von ihm entwickelten Pfadmodellen zeigt sich, dass die kommunikative Kompetenz das elterliche Belastungserleben beeinflusst. Es kann vermutet werden, dass es Kindern mit PKS weniger gut gelingt, ihre Bedürfnisse den Eltern mitzuteilen, wodurch gehäuft Störungen in der Interaktion auftreten mit negativen Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Eltern und der Kinder.

Eine umgekehrte Wirkrichtung ist jedoch ebenfalls denkbar. In der Literatur wurden im Bereich des elterlichen Stresserlebens insbesondere die Auswirkungen einer mütterlichen Depression auf die sprachlichen Fähigkeiten überprüft. LaParo et al. (2004) stellten fest, dass es Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen weniger gut gelingt ihre sprachlichen Defizite zu überwinden, wenn die Mütter unter Depressionen leiden. Auch Breznitz und Sherman (1987) heben die besonderen Sozialisationsbedingungen von Kindern depressiver Mütter hervor. Nach ihrer Untersuchung wirken sich mütterliche Depressionen insbesondere auf das Sprechverhalten der Kinder aus. Negative Auswirkungen der mütterlichen Depression auf die sprachliche Entwicklung der Kinder beobachteten auch Sohr-Preston und Scaramella (2006). Zu erklären ist dieser Zusammenhang durch die mangelnde Responsivität, Überstimulation, das verminderten Ausdrucksvermögen und die geringeren positiven Emotionen depressiver Mütter (vgl. Petermann et al. 2008).

2.5.5 Zum Zusammenhang von kognitiven Fähigkeiten und dem elterlichen Belastungserleben

Bezüglich des Zusammenhangs von kognitiven Fähigkeiten und dem elterlichen Belastungserleben stellten Limm und Suchodoletz (1998) zwar fest, dass Lernstörungen das mütterliche Belastungserleben stark beeinflussen, einen Zusammenhang mit dem IQ des Kindes untersuchten sie allerdings nicht. Zahlreiche Studien bestätigen allerdings einen Zusammenhang von kognitiven Fähigkeiten und dem Schulerfolg (vgl. Gut, Reimann & Grob 2012; Kuncel, Hezlett & Ones 2004; Tiedemann & Billmann-Mahecha 2004). Es kann vermutet werden, dass die kognitiven Fähigkeiten eines Kindes über den Schulerfolg mit dem elterlichen Belastungserleben in einem Zusammenhang stehen. Tröster (2010) nimmt in der inhaltlichen Beschreibung der Subskalen „Akzeptierbarkeit“ und „Anpassungsfähigkeit“ des Eltern-Belastungs-Inventars explizit Bezug auf die kognitive Entwicklung. Ist ein Kind nicht so intelligent, wie Eltern dies erwarteten, wirkt sich das auf die Akzeptanz der Eltern aus. Zudem erschweren Einschränkungen in der kognitiven Entwicklung die Anpassungsfähigkeit des Kindes (vgl. S. 30 f.). Weiterhin kann die Vermutung angestellt werden, dass der IQ eines Kindes über die sprachlichen Fähigkeiten auf das elterliche Belastungserleben Einfluss nimmt.

2.5.6 Zum Zusammenhang von sprachlichen Fähigkeiten und dem elterlichen Belastungserleben

Der Faktor „Art“ und „Ausprägung der Sprachbehinderung“ wird einbezogen, da bisher keine Untersuchungen zum Zusammenhang von elterlichem Belastungserleben und formalsprachlichen Kompetenzen vorliegen. Hartmann, Keller und Meyer-Endres (2008) betonen hinsichtlich der Art der Sprachbehinderung, dass rezeptive Sprachstörungen zu Störungen in der Kommunikation und Interaktion auf beiden Seiten führen (vgl. S. 86). Weiterhin belegen Studien zum Entwicklungsverlauf von Kindern mit rezeptiven Sprachstörungen das Entwicklungsrisiko sowohl im sprachlichen als auch sozial-emotionalen Bereich, weshalb von einer Bedeutsamkeit dieser Art der Sprachstörung für das elterliche Belastungserleben ausgegangen werden kann (vgl. Beitchman et al. 1996b). Bezüglich der Ausprägung der Sprachbehinderung kann vermutet werden, dass sich auch diese auf die Eltern-Kind-Interaktion auswirkt, wodurch das elterliche Belastungserleben negativ beeinflusst wird.

2.5.7 Zum Zusammenhang von sprachlichen Fähigkeiten und der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz

Bei Dohmen et al. (2009) zählen die formalsprachlichen Kompetenzen zu den kommunikativen Ressourcen, die wiederum Teil der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten sind. Für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung sind insbesondere die rezeptiven und morphologisch-syntaktischen Kompetenzen bedeutsam (vgl. Dohmen et al. 2009). Auch Conti-Ramsden et al. (2001) sowie Weigl und Reddemann-Tschaikner (2009) sehen in den formalsprachlichen Defiziten eine Gefahr für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung. Bei Hintermair, Pilz und Sarimski (2015) standen die sprachstrukturellen Kompetenzen ebenfalls mit den kommunikativen Kompetenzen in einem signifikanten Zusammenhang. In der Validierungsstudie der CCC-2 stellte Bishop (2003) gravierende Schwächen der spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kinder in den Skalen zur Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten fest. Cummings (2009) geht hingegen davon aus, dass die Fähigkeiten auf den einzelnen sprachlichen Ebenen für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung unbedeutsam sind. Unterstützt wird diese Ansicht durch die Ergebnisse von Sarimski et al. (2015), in deren Untersuchung die syntaktischen Fähigkeiten mit den pragmatischen Kompetenzen in keinem Zusammenhang standen. Entsprechend der Ansicht von Osman et al. (2011) kann vermutet werden, dass ein Teil der pragmatisch-kommunikativen Defizite auf die Störungen im formalsprachlichen Bereich zurückzuführen ist, während andere tatsächliche pragmatische Defizite widerspiegeln.

2.5.8 Zum Zusammenhang von kognitiven Fähigkeiten und der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz

Bisher fehlen Ergebnisse zum Zusammenhang von pragmatisch-kommunikativen und durchschnittlichen bzw. überdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten. Aufgrund der Beeinflussung der formalsprachlichen Fähigkeiten durch den nonverbalen IQ wird vermutet, dass die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten auch mit dem Abschneiden im „Grundintelligenztest Skala 1-Revision“ (CFT 1-R) oder „Grundintelligenztest Skala 2-Revision“ (CFT 20-R) im Zusammenhang stehen (vgl. Bishop & Edmundson 1987; Botting et al. 2001; Botting 2005).

2.6 Ziele und Fragestellungen des Forschungsvorhabens

Sozial-emotionale Störungen zählen zu den häufigsten Begleitsymptomen sprachbehinderter Kinder. Sie stellen einen Risikofaktor für die Aktivität und Teilhabe am Unterricht, familiären Alltag und gesellschaftlichen Leben dar. Zur Gewährleistung von Aktivität und Teilhaben ist es das Ziel dieser Forschungsarbeit, Einflussfaktoren auf die sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder zu extrahieren und hierbei insbesondere die Einflussfaktoren „elterliches Belastungserleben“ und „kommunikative Kompetenz“ in ihrer Relevanz näher zu beleuchten.

Der Faktor „elterliches Belastungserleben“ wird als ein möglicher Einflussfaktor untersucht, da Studienergebnisse darauf hinweisen, dass Mütter sprachbehinderter Kinder sich übermäßig beansprucht fühlen und eine signifikant höhere Stressbelastung aufweisen als Mütter nicht sprachbehinderter Kinder (vgl. Limm & Suchodoletz 1998; Schaunig et al. 2004). Vertiefende Analysen zum Zusammenhang zwischen dem elterlichen Belastungserleben und der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes fehlen bisher in der Sprachbehindertenpädagogik sowohl im angloamerikanischen als auch deutschen Sprachraum. Möglicherweise führt eine erhöhte elterliche Belastung infolge einer Sprachbehinderung des Kindes dazu, dass die Sensitivität und Responsivität in den Interaktionen mit dem sprachbehinderten Kind beeinträchtigt sind, was wiederum Einfluss auf die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes nehmen kann. Ergebnisse aus anderen Fachrichtungen unterstützen diese Vermutung (vgl. Abidin et al. 1992; Anthony et al. 2005; Cina & Bodenmann 2009; Hintermair 2005; Watson et al. 1990).

Als weiterer Faktor werden die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten in die Untersuchung einbezogen, da wenige Arbeiten im angloamerikanischen Sprachraum und lediglich eine Arbeit im deutschen Sprachraum mögliche Zusammenhänge mit der sozial-emotionalen Entwicklung spezifisch sprachentwicklungsgestörter Kinder belegen (vgl. Conti-Ramsden & Botting 2004; Ketelaars et al. 2010; Lindsay et al. 2007; Sarimski et al. 2015). Die Ergebnisse aus dem deutschen Sprachraum (vgl. Sarimski et al. 2015) basieren auf den Daten einer kleineren Stichprobe (41 Kinder). Als Verfahren wurde die deutsche Version der „Children’s Communication Checklist“ (Bishop 1998, übersetzt von Spreen-Rauscher 2003) eingesetzt. Außerdem wurden Informationen ausschließlich über die Lehrerinnen gewonnen und nicht zusätzlich, wie in der vorliegenden Untersuchung, über die Eltern der Kinder.

Neben den genannten Zusammenhängen werden in dem vorliegenden Forschungsvorhaben ergänzend Zusammenhänge mit der sprachlichen Entwicklung analysiert. Die

Faktoren „Art“ und „Ausprägung der Sprachbehinderung“ werden einbezogen, da bisher keine Untersuchungen zum Zusammenhang mit dem elterlichen Belastungserleben vorliegen. Basierend auf den Erkenntnissen von Hartmann et al. (2008) und Beitchman et al. (1996b), kann von einer Bedeutsamkeit der rezeptiven Sprachstörung für das elterliche Belastungserleben ausgegangen werden. Eine Beeinflussung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz durch das elterliche Belastungserleben ist aber ebenfalls denkbar (vgl. Kap. 2.5.3). Bezüglich der Ausprägung der Sprachbehinderung kann vermutet werden, dass sich diese negativ auf das elterliche Belastungserleben auswirkt.

Es wurde bisher nur in wenigen Arbeiten untersucht, ob und inwieweit ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung sowie Art der Sprachbehinderung und den pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten besteht. Es ist sowohl denkbar, dass bei geringeren formalsprachlichen Fähigkeiten die pragmatisch-kommunikativen Defizite ausgeprägter vorliegen (vgl. Hintermair et al. 2015), als auch, dass die Kinder mit großen Schwierigkeiten im formalsprachlichen Bereich die pragmatischen Kompetenzen zur Kompensation der Defizite nutzen, sodass sich dieser Bereich als Stärke der Kinder herausstellt (vgl. Dohmen 2009; Grimm 2012; Kannengieser 2009). Hinsichtlich der „Art der Sprachbehinderung“ kann vermutet werden, dass insbesondere die rezeptiven und morphologisch-syntaktischen Fähigkeiten für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung von Bedeutung sind (vgl. Dohmen et al. 2009).

Die Bedeutsamkeit der kognitiven Fähigkeiten für das elterliche Belastungserleben und die pragmatisch-kommunikative Entwicklung wird ebenfalls untersucht. Bisher fehlen Ergebnisse zum Zusammenhang von pragmatisch-kommunikativen und altersentsprechenden kognitiven Fähigkeiten. Aufgrund der Beeinflussung der formalsprachlichen Fähigkeiten durch den nonverbalen IQ (vgl. Bishop & Edmundson 1987; Botting et al. 2001; Botting 2005) wird vermutet, dass die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten auch mit dem Abschneiden im „Grundintelligenztest Skala 1-Revision“ (CFT 1-R) (Weiß & Osterland 2012) oder „Grundintelligenztest Skala 2-Revision“ (CFT 20-R) (Weiß 2006) im Zusammenhang stehen. Bezüglich des Zusammenhangs von kognitiven Fähigkeiten und dem elterlichen Belastungserleben stellten Limm und Suchodoletz (1998) zwar fest, dass Lernstörungen das mütterliche Belastungserleben stark beeinflussen, einen Zusammenhang mit dem IQ des Kindes untersuchten sie allerdings nicht. Zahlreiche Studien bestätigen allerdings einen Zusammenhang von kognitiven Fähigkeiten und dem Schulerfolg (vgl. Gut et al. 2012; Kuncel et al. 2004; Tiedemann & Billmann-Mahecha 2004), weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die kogniti-

ven Fähigkeiten eines Kindes über den Schulerfolg mit dem elterlichen Belastungserleben in einem Zusammenhang stehen. Weiterhin kann die Vermutung angestellt werden, dass der IQ eines Kindes über die sprachlichen Fähigkeiten mit dem elterlichen Belastungserleben in Beziehung steht.

Darüber hinaus werden die sozial-emotionale Entwicklung und das elterliche Belastungserleben mit einer altersgleichen sprachgesunden Kontrollgruppe und deren Eltern verglichen. Ziel dieser Kontrollerhebung ist zum einen die Gewinnung einer Vergleichsstichprobe für das Eltern-Belastungs-Inventar (Tröster 2010). Die Normierung des EBI basiert auf einer Stichprobe von Müttern von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter. Da im Zentrum dieser Untersuchung Mütter und Väter von Kindern im Schulalter stehen, ist eine Kontrollerhebung erforderlich. Ein weiteres Ziel der Kontrollerhebung ist der Vergleich der sozial-emotionalen Entwicklung von sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern. Auch wenn im deutschen Sprachraum Daten zur Häufigkeit von sozial-emotionalen Auffälligkeiten bei sprachgesunden Kindern vorliegen, ermöglichen der Einsatz des gleichen Testverfahrens und die Sicherung vergleichbarer Stichprobenkriterien eine präzisere Gegenüberstellung der sozial-emotionalen Entwicklung der beiden Probandengruppen.

Nach der Überprüfung einfacher korrelativer Zusammenhänge zwischen den aufgezeigten Variablen sollen anschließend mittels Strukturgleichungsmodellen die Beziehungen hypothesengeleitet vertiefend analysiert werden. In Abbildung 14 sind die dem vorliegenden Forschungsvorhaben zugrunde liegenden Arbeitshypothesen dargestellt.

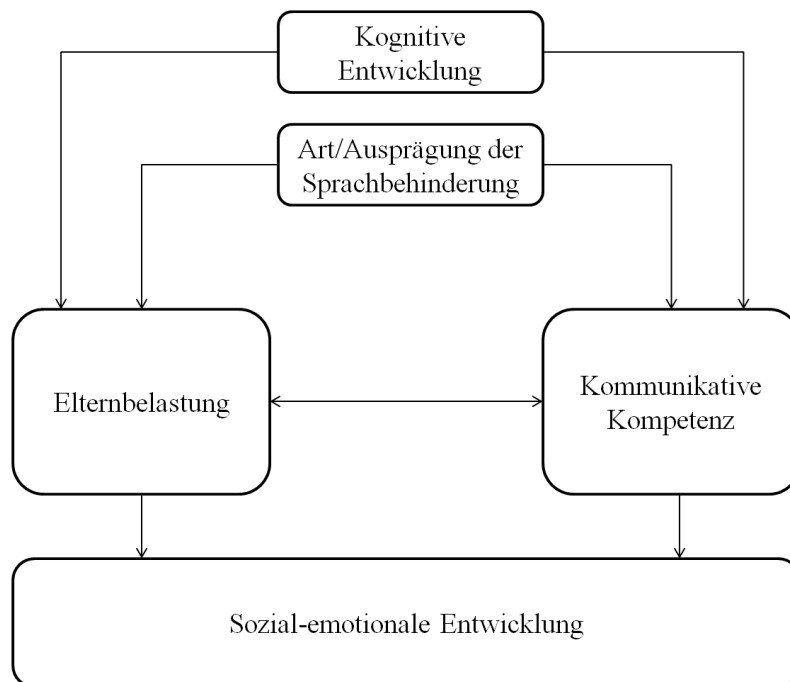


Abbildung 14. Arbeitshypothesen des Forschungsvorhabens

Folgende Hauptfragestellungen sollen im Rahmen des Forschungsvorhabens beantwortet werden:

1) Zusammenhang von Elternbelastung und sozial-emotionaler Entwicklung des Kindes

Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Belastungserleben von Eltern sprachbehinderter Kinder und der sozial-emotionalen Entwicklung des sprachbehinderten Kindes? Es wird angenommen, dass insbesondere zwischen dem elterlichen Belastungserleben, bezogen auf den Kindbereich, und verschiedenen Dimensionen der sozial-emotionalen Entwicklung signifikante Zusammenhänge bestehen.

2) Zusammenhang von pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten und der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes

Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der kommunikativen Kompetenz des sprachbehinderten Kindes und der sozial-emotionalen Entwicklung? Die Hypothese ist, dass die kommunikativen Kompetenzen signifikant mit der sozial-emotionalen Entwicklung korrelieren.

3) Zusammenhang von Elternbelastung und pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten

Zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem elterlichen Belastungserleben und der kommunikativen Kompetenz des Kindes? Die Hypothese ist, dass ein hohes elterliches Belastungserleben mit geringen kommunikativen Fähigkeiten des Kindes einhergeht.

4) Zusammenhang von Elternbelastung und der kognitiven Entwicklung

Bestehen Zusammenhänge zwischen der kognitiven Entwicklung und dem elterlichen Belastungserleben? Die Hypothese ist, dass Eltern von Kindern mit geringen kognitiven Fähigkeiten stärker belastet sind.

5) Zusammenhang von Elternbelastung und der sprachlichen Entwicklung

Bestehen Zusammenhänge zwischen der Art und Ausprägung der Sprachbehinderung und dem elterlichen Belastungserleben? Es wird angenommen, dass die Art und Ausprägung der Sprachbehinderung Auswirkungen auf die Elternbelastung zeigt.

6) Zusammenhang von pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten und der kognitiven Entwicklung

Bestehen Zusammenhänge zwischen der kognitiven Entwicklung und der kommunikativen Kompetenz des sprachbehinderten Kindes? Es wird davon ausgegangen, dass geringe kognitive Fähigkeiten mit geringen pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten signifikant korrelieren.

7) Zusammenhang von pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten und der sprachlichen Entwicklung

Bestehen Zusammenhänge zwischen der Art der Sprachbehinderung sowie Ausprägung der Sprachbehinderung und der kommunikativen Kompetenz? Die Hypothese ist, dass sowohl die Fähigkeiten auf den einzelnen sprachlichen Ebenen als auch die Ausprägung der Sprachbehinderung mit den kommunikativen Kompetenzen im Zusammenhang stehen.

8) Vergleich von spezifisch sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern sowie deren Eltern

In welchen Bereichen unterscheidet sich die sozial-emotionale Entwicklung sprachentwicklungsgestörter Kinder von sprachgesunden Kindern? Die Hypothese ist, dass es insbesondere in den Skalen „Hyperaktivität“, „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „emotionale Probleme“ des SDQ zu signifikanten Unterschieden zwischen sprachgesunden und spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern kommt.

In welchen Bereichen unterscheidet sich das elterliche Belastungserleben von Eltern sprachentwicklungsgestörter Kinder von Eltern sprachgesunder Kinder? Es wird angenommen, dass sich sowohl im Elternbereich als auch im Kindbereich signifikante Unterschiede zuungunsten der Eltern sprachentwicklungsgestörter Kinder einstellen.

3 Empirische Untersuchung

3.1 Methodik

3.1.1 Stichprobe

3.1.1.1 Einschlusskriterien

Als Stichprobengröße wird eine Anzahl von 80 bis 100 Schülern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache sowie deren Eltern bzw. Bezugspersonen anvisiert. Da im Zentrum dieser Untersuchung Kinder im Grundschulalter stehen sollen, gilt als ein Einschlusskriterium das Alter des Kindes. Die Schüler müssen mindestens fünf Jahre und höchstens zwölf Jahre alt sein. Voraussetzung für die Aufnahme in die Probandengruppe ist darüber hinaus das Vorliegen einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung. Auch wenn alle Kinder Schüler einer Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache sind, kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Kinder von einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung betroffen sind. Die diagnostischen Kriterien von Dilling et al. (2008) in Anlehnung an die ICD-10 sind für die medizinische Praxis sinnvoll, für die ausschließliche Sicherung von Stichprobenmerkmalen allerdings zu komplex, weshalb in der Forschungspraxis meist eine Reduzierung dieser Kriterien vorgenommen wird (vgl. Conti-Ramsden et al. 2001; Noterdaeme & Amorosa 1998; Suchodoletz et al. 2004). Ein Kind wird in die Stichprobe aufgenommen, wenn:

1. die mit einem standardisierten und normierten Test erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache auf einer oder mehreren sprachlich-kommunikativen Ebenen mindestens 1.5 Standardabweichung unterhalb der Altersnorm des Kindes liegen.
2. neurologische, sensorische, emotionale, soziale oder körperliche Störungen, die die Sprachproblematik erklären können, fehlen (Normalitätsannahme).
3. Eine Intelligenzminderung ($IQ < 85$, gemessen mit einem nonverbalen Intelligenztest) nicht besteht.

Auf die Einhaltung des doppelten Diskrepanzkriteriums, wie es zwar in der ICD-10 gefordert wird, nicht aber in den Interdisziplinären S2k-Leitlinien, wird verzichtet (vgl. Kap. 2.1.2.5). Kriterium eins wird mittels eines standardisierten und normierten Sprachentwicklungstests gesichert. Zur Einhaltung des Kriteriums zwei wird ein Eltern- und Lehrerinnenfragebogen zur Erfassung soziodemografischer und anamnestischer Informationen des Kindes eingesetzt. Die Erfüllung des Kriteriums drei wird durch den Einsatz der Verfahren „Grundintelligenztest Skala 1 – Revision“ bzw. „Grundintelligenztest Skala 2 – Revision“ sichergestellt. Sollten im CFT 1-R die Werte im Teil eins (figu-

rale Wahrnehmung/Speed) und Teil zwei (figurales Denken) signifikant voneinander abweichen, wird der Wert des zweiten Teils verwendet (vgl. Weiß & Osterland 2012).

Um in die Probandengruppe aufgenommen werden zu können, müssen zudem die Kinder an Testungen teilnehmen sowie die Eltern und Klassenlehrerinnen verschiedene Fragebögen ausfüllen. Um die Fragebögen ausfüllen zu können, müssen die Eltern über ein gutes Leseverständnis in der deutschen Sprache verfügen. Darüber hinaus müssen die Fragebögen sowohl von den Eltern als auch von den Klassenlehrerinnen vollständig ausgefüllt sein. Die Erfüllung weiterer Kriterien ist, um an der Untersuchung teilnehmen zu können, nicht erforderlich. Während in vielen Untersuchungen ausschließlich die Mütter befragt wurden, ist es das Ziel dieses Forschungsvorhabens, neben den Müttern insbesondere die Väter bzw. männlichen Bezugspersonen zur Teilnahme zu motivieren.

Zum Vergleich der gewonnenen Daten mit sprachgesunden Kindern und deren Eltern sowie zur Gewinnung einer Vergleichsstichprobe für das Eltern-Belastungs-Inventar (Tröster 2010) sollen zusätzlich 80 bis 100 Eltern von Kindern einer Grundschule an der Untersuchung teilnehmen. Die Teilnahme des Kindes und der Klassenlehrerin ist hier nicht erforderlich. Die Eltern der Grundschule müssen, um in die Vergleichsstichprobe aufgenommen zu werden, Kinder ohne Beeinträchtigungen in einem Alter zwischen fünf und zwölf Jahren haben und ebenfalls über ein gutes Leseverständnis in der deutschen Sprache verfügen. Zur Auswertung der Fragebögen ist es auch hier erforderlich, dass die Fragebögen von den Eltern vollständig bearbeitet werden. In Tabelle 25 findet sich eine Zusammenfassung der Einschlusskriterien.

Tabelle 25 *Einschlusskriterien*

Spezifisch sprachentwicklungsgestörte Kinder
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter zwischen fünf und zwölf Jahren ▪ Teilnahme am SET 5–10 und CFT 1-R oder CFT 20-R ▪ Im SET 5–10 liegen die Leistungen in einem oder mehreren Untertests mindestens 1.5 Standardabweichungen unterhalb der Altersnorm des Kindes (T-Wert < 35)⁴⁰ ▪ Eine Hörschädigung, körperliche Behinderung, Sehbehinderung (Visus < 0.3)/Blindheit, Autismus-Spektrum-Störung und/oder sozial-emotionale Störung liegt/liegen nicht vor. ▪ Im CFT 1-R erreicht das Kind in der Grundintelligenz oder im figuralen Denken einen Wert > 84; im CFT 20-R in der Grundintelligenz oder dem Teil eins oder Teil zwei einen Wert > 84

⁴⁰ Die Leistungen der elf und zwölf Jahre alten Schüler mussten in einem oder mehreren Untertests mindestens zwei Standardabweichung unterhalb der Altersnorm zehn Jahre alter Kinder liegen. Dieses Kriterium musste nur bei drei Schülern angewendet werden.

Eltern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gutes Leseverständnis in der deutschen Sprache ▪ Vollständiges Ausfüllen des EBI und SDQ |
|---|

Klassenlehrerinnen der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vollständiges Ausfüllen der CCC-2 und SDQ zu den teilnehmenden Schülern |
|---|

Eltern der Grundschule

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder im Alter zwischen fünf und zwölf Jahren ▪ Kein Vorliegen von Beeinträchtigungen beim Kind ▪ Vollständiges Ausfüllen des EBI und SDQ |
|--|

3.1.1.2 Rekrutierung

Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache

Zur Rekrutierung der Stichprobe wurde zunächst Kontakt mit dem Schulleiter einer Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache in Hessen aufgenommen und das Forschungsvorhaben vorgestellt. Seit mehreren Jahren wird zu dem Schulleiter und dem Kollegium ein guter persönlicher sowie beruflicher Kontakt gepflegt. Nach dem Erhalt des Einverständnisses durch den Schulleiter wurde das Projekt im Dezember 2013 in der Gesamtkonferenz vorgestellt und über die Teilnahme abgestimmt. Die anwesenden Eltern wurden zum einen aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Teilnahme motiviert, und zum anderen wurde ihnen in Aussicht gestellt, freiwillig und nach Abgabe einer schriftlichen Einverständniserklärung über das Abschneiden des Kindes im SET 5–10 (Petermann 2012) und CFT 1-R (Weiß & Osterland 2012) bzw. CFT 20-R (Weiß 2006) informiert zu werden. Zudem wurden die Eltern darauf hingewiesen, dass auch die Möglichkeit besteht, die Ergebnisse, bspw. zur gezielteren Planung von Fördermaßnahmen, an die Klassenlehrerinnen weiterzuleiten. Hierzu müsste dann allerdings eine Entbindung der Schweigepflicht erteilt werden. Sowohl das Kollegium als auch die Schulkonferenz und der Schulelternbeirat stimmten im Rahmen der Gesamtkonferenz einstimmig für eine Teilnahme an der Untersuchung.

Nach dem Erhalt der Genehmigung zur Durchführung der Untersuchung an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache durch das hessische Kultusministerium wurden alle Eltern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (197 Kinder) im September 2014 zunächst schriftlich und zwei Wochen später im Rahmen eines zentra-

len Elternabends an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache persönlich über das Projekt informiert (Briefe A. 1). Im Elternbrief und der Präsentation des Projektes wurde auf die Ziele und die Inhalte des Forschungsvorhabens, auf den Ablauf, die verwendeten Testverfahren, die Arbeitsbelastung für Eltern, Kinder und Lehrerinnen, den Ort und die Zeiten der Testungen, datenschutzrechtliche Belange sowie darauf, dass die Teilnahme freiwillig ist und keine Nachteile bei einer Nichtteilnahme bestehen, hingewiesen. Zu Beginn fand außerdem eine persönliche Vorstellung statt.

Am zentralen Elternabend nahm ca. die Hälfte der Elternschaft teil. Nach der Vorstellung des Projektes hatten die Eltern Gelegenheit, Fragen zu stellen. Bis Ende September hatten die Eltern Zeit, sich für oder gegen eine Teilnahme, per Abgabe der Einverständniserklärungen an die Klassenlehrerinnen ihres Kindes, zu entscheiden. Die Einverständniserklärungen waren im Elternbrief integriert, konnten aber auch noch einmal am zentralen Elternabend mitgenommen oder abgegeben werden. Neben der Einverständniserklärung war dem Elternbrief eine Widerrufsbelehrung beigelegt, sodass den Eltern, auch nach Abgabe der Einverständniserklärung, die Möglichkeit eingeräumt wurde, zu jedem Zeitpunkt die Teilnahme an der Untersuchung zu widerrufen.

Im November 2014 wurden die Fragebögen in einem verschlossenen Umschlag an die Schüler verteilt, von deren Eltern eine Einverständniserklärung vorlag (Briefe A. 2). Neben den Fragebögen befand sich im Umschlag ein unbeschrifteter Rückumschlag zur Gewährleistung einer anonymen Abgabe der Fragebögen bei der Klassenlehrerin. Die Eltern hatten bis Ende November 2014 Zeit, die Fragebögen ausgefüllt ihrem Kind mitzugeben. Eltern, die bis zu diesem Zeitpunkt keinen Umschlag abgegeben hatten, wurden an die Abgabe der Fragebögen erinnert. Der Abgabetermin verlängerte sich bei diesen Eltern um zwei Wochen.

Erst nachdem die ausgefüllten Fragebögen der Eltern vorlagen, wurden Mitte Dezember 2014 die Fragebögen an die Klassenlehrerinnen verteilt. Zuvor erhielten auch sie einen Brief mit Informationen zum Forschungsvorhaben und einer angehängten Einverständniserklärung, die bis Oktober ausgefüllt abgegeben werden musste (Briefe A. 3). Für das Ausfüllen der Fragebögen hatten die Klassenlehrerinnen bis Ende Februar 2015 Zeit. Zudem wurden die Lehrerinnen gebeten, in einer vorgefertigten Tabelle die Tage und Schulstunden anzukreuzen, an denen eine Testung der Schüler möglich war. Auf Grundlage dieser Informationen wurde in den Weihnachtsferien 2014/2015 ein Terminplan zur Testung der Schüler erstellt, der Anfang Januar an die Lehrerinnen verteilt wurde.

Am 19.01.2015 begann die Testphase der Schüler mit dem SET 5–10. Sowohl die Eltern als auch die Lehrerinnen wurden zuvor aufgefordert, die Teilnahme mit den Kindern zu besprechen. Zu Unterrichtsbeginn wurden die Schüler abgeholt und nach der Testung in den Klassenraum zurückgebracht. Bedingt durch die Tätigkeit als Fach- und Vertretungslehrerin, war die Doktorandin allen Schülern bekannt. Den Schülern wurde noch einmal persönlich das Vorgehen kindgerecht erklärt. Alle Kinder freuten sich auf die bevorstehenden Aufgaben. Motivierend wirkte während der Untersuchung eine Piratengeschichte als Rahmenhandlung. Als Pirat warteten auf jeder Insel neue Aufgaben auf die Kinder. Nach dem Lösen aller Rätsel wurden sie am Schluss der Reise mit einem Schatzkoffer belohnt. Darin lagen für jedes Kind eine Medaille und ein Tütchen mit Ahoi-Brause als Dankeschön für die Mitarbeit. Nach diesen Erfahrungen freuten sich alle Kinder auf den zweiten Testdurchgang mit dem CFT 1-R oder CFT 20-R ab dem 10.03.2015.

Mit dem Beginn der Testphase der Schüler wurde ein Elternbrief verteilt, in welchem den Eltern zunächst für die Mitarbeit und Mühe gedankt wurde, bevor sie anschließend über die Möglichkeit in Kenntnis gesetzt wurden, Informationen zum Abschneiden ihres Kindes im SET 5–10 und CFT 1-R bzw. CFT 20-R zu erhalten (Briefe A. 4). Die Eltern konnten ankreuzen, ob sie über die Testergebnisse ihres Kindes informiert werden wollten oder nicht, und auch, ob sie eine Entbindung von der Schweigepflicht wünschen, sodass die Ergebnisse des Kindes in den beiden genannten Verfahren an die Lehrerinnen weitergeleitet werden konnten. Bis Ende Januar 2015 mussten die Eltern den Zettel mit ihren Wünschen abgeben. Auf Grundlage dessen wurden nach der Testphase die Ergebnisse im April 2015 an die Eltern und ggf. an die Lehrerinnen weitergeleitet oder nicht (Briefe A. 5).

Grundschule

Zur Gewinnung einer Vergleichsstichprobe wurde Kontakt mit einer Grundschule, ebenfalls in Hessen, aufgenommen. Zu dieser Schule bestand zuvor keine Verbindung, allerdings eignete sich diese Schule zum einen aufgrund der hohen Schüleranzahl (345 Schüler) und zum anderen aufgrund soziodemografischer Gegebenheiten. Nach einem Gespräch mit dem Schulleiter wurde das Projekt in der Schulkonferenz vorgestellt. Die Mitglieder entschieden sich ebenfalls einstimmig für eine Teilnahme am Projekt. Nach dem Erhalt einer Erweiterung der Genehmigung durch das hessische Kultusministerium wurden die Eltern und Lehrkräfte Mitte April 2015 über das Vorhaben informiert

(Briefe A. 6; Briefe A. 7). Bis Anfang Mai konnten Einverständniserklärungen vonseiten der Eltern abgegeben werden. Die Lehrkräfte teilten auf Grundlage der eingegangenen Einverständniserklärungen die Fragebögen aus (Briefe A. 8). Neben den wissenschaftlichen Erkenntnissen wurde den Eltern in Aussicht gestellt, über die Ergebnisse der Gesamtstichprobe informiert zu werden. Im Mai 2015 wurden, wie zuvor an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache, die Umschläge mit den Fragebögen an die Eltern verteilt. Bis Ende Mai hatten die Eltern Zeit, die Fragebögen auszufüllen. Auch hier wurden diejenigen Eltern erinnert, die bis zum vorgegebenen Zeitpunkt keinen Umschlag abgegeben hatten. Im Juni 2015 erhielten sowohl die Eltern als auch die Lehrerinnen und die Schulleitung für ihre Unterstützung und Mitarbeit ein Dankschreiben.

3.1.1.3 Fallzahlen

Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache

Im September wurden an 197 Kinder Elternbriefe verteilt. Bis Oktober 2014 lagen an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache positive Einverständniserklärungen von 92 Eltern vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 47 %. 92 Mütter und 92 Väter haben daraufhin das EBI und den SDQ zum Ausfüllen erhalten. Bis Ende Dezember wurden von 81 Kindern Umschläge abgegeben (88 %). In diesen Umschlägen befanden sich die ausgefüllten Fragebögen von 79 Müttern (86 %) und 69 Vätern (75 %). In zwölf Fällen füllte nur die Mutter den Fragebogen aus, in zwei Fällen nur der Vater, und in 67 Fällen bearbeiteten sowohl die Mutter als auch der Vater den Fragebogen. Zur Testung mit dem SET 5–10 und CFT 1-R bzw. CFT 20-R wurden 81 Kinder eingeladen. 79 Schüler nahmen an der Testung teil. Zwei Schüler wechselten zum Halbjahr die Schule, weshalb ihr Entwicklungsstand nicht mehr überprüft werden konnte. Dies entspricht einer Teilnehmerquote von 98 %. Die Lehrerinnen erhielten insgesamt 81 CCC-2 und SDQ zum Bearbeiten. Von den zwei Schülern, die zum Halbjahr die Schule wechselten, füllte eine Klassenlehrerin dennoch den Fragebogen aus, sodass bei den genannten Verfahren die Daten von einem Schüler fehlten (99 %) (Tabelle 26).

Tabelle 26 *Fallzahlen Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache*

Gegenstand	Anzahl	Rücklaufquote
Verteilte Elternbriefe	197	
Einverständniserklärungen	92 Kinder	47 %
Verteilte EBI	92 Mütter	
	92 Väter	
	184 Gesamt	
Ausgefüllter EBI	79 Mütter	86 %
	69 Väter	75 %
	148 Gesamt	80 %
Verteilte SDQ	92 Mütter	
	92 Väter	
	184 Gesamt	
Ausgefüllter SDQ	79 Mütter	86 %
	69 Väter	75 %
	148 Gesamt	80 %
Eingeladene Kinder zum SET 5–10 und CFT 1-R /CFT 20-R	81	88 %
Teilnehmende Kinder am SET 5–10 und CFT 1-R/ CFT 20-R	79	98 %
Verteilte CCC-2 an Lehrerinnen	81	
Ausgefüllte CCC-2	80	99 %
Verteilte SDQ an Lehrerinnen	81	
Ausgefüllte SDQ	80	99 %

Grundschule

An der Grundschule wurden bis Ende April 2015 106 Einverständniserklärungen eingesammelt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung besuchten 345 Kinder die Schule, sodass eine Rücklaufquote von 31 % erreicht wurde. Von den 106 verteilten Umschlägen kamen bis Anfang Juni 2015 96 Umschläge zurück (91 %). Von 212 verteilten EBI füllten 95 Mütter und 80 Väter den Fragebogen aus. Der SDQ wurde von 96 Müttern und 80 Vätern bearbeitet. In der Mütterstichprobe konnte das EBI in einem Fall aufgrund einer zu hohen Anzahl unbearbeiteter Items nicht verwendet werden (Tabelle 27).

Tabelle 27 Fallzahlen Grundschule

Gegenstand	Anzahl	Rücklaufquote
Verteilte Elternbriefe	345	
Einverständniserklärungen	106	31 %
Verteilte EBI	106 Mütter 106 Väter 212 Gesamt	
Vollständig ausgefüllte EBI	95 Mütter 80 Väter 175 Gesamt	90 % 75 % 82 %
Vollständig ausgefüllte SDQ	96 Mütter 80 Väter 176 Gesamt	91 % 75 % 83 %

3.1.1.4 Ausschluss aus der Stichprobe und Stichprobengröße

An der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache lagen von 79 Müttern und 69 Vätern ausgefüllte Fragebögen vor, sodass insgesamt 81 sprachentwicklungsgestörte Kinder hätten an der Untersuchung teilnehmen können. Aus verschiedenen Gründen konnten allerdings nicht die Daten von allen 81 Kindern in die Auswertung einbezogen werden. Im Folgenden sind die Gründe differenziert aufgeführt:

- Ein Schüler wechselte zum Schulhalbjahr die Schule, sodass Daten zur sprachlichen Entwicklung und den kognitiven Fähigkeiten fehlten.
- Ein Schüler wechselte während des zweiten Halbjahres die Schule, sodass Daten zur kognitiven Entwicklung fehlten sowie bei diesem Schüler zusätzlich die Informationen aus dem Lehrerfragebogen (SDQ und CCC-2).
- Ein Schüler bildete noch keine Zweiwortsätze, weshalb die Daten zu den pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten (CCC-2) fehlten.
- Vier Schülerinnen und vier Schüler erfüllten nicht die Kriterien für eine spezifische Sprachentwicklungsstörung:
 - Bei zwei Schülern lag eine Autismus-Spektrum-Störung vor.
 - Sechs Schülerinnen und Schüler wiesen einen IQ unter 85 auf.

Acht Schüler mussten somit ganz aus der Stichprobe ausgeschlossen werden sowie drei Schüler teilweise. In Tabelle 28 sind die Stichprobengrößen für die verschiedenen Variablen aufgeführt.

Tabelle 28 *Stichprobengröße Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache*

Erhebungsinstrument	Informantenanzahl
Sozial-emotionale Entwicklung	
SDQ (Eltern)	71 Mütter 63 Väter 134 Gesamt
SDQ (Lehrerinnen)	72 Lehrerinnen
Elterliches Belastungserleben	
EBI	71 Mütter 63 Väter 134 Gesamt
Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten	
CCC-2	71 Lehrerinnen
Sprachliche Entwicklung	
SET 5–10	72 Kinder
Kognitive Entwicklung	
CFT 1-R/CFT 20-R	71 Kinder
Soziodemografische Informationen	
Fragebogen zum Kind	73 Eltern
Fragebogen zu den Eltern	71 Mütter 63 Väter

Zu 70 Schülern lagen somit die Daten in allen überprüften Bereichen vor. Die Daten von drei weiteren Schülern konnten in der Auswertung einzelner Variablen berücksichtigt werden. Von diesen 73 Schülern konnten in 61 Fällen die Fragebögen von Mutter und Vater verwendet werden, in zwei Fällen nur die Fragebögen vom Vater und in zehn Fällen nur von der Mutter. An der Grundschule konnten alle vollständig ausgefüllten Fragebögen für die Auswertung genutzt werden (Tabelle 29).

Tabelle 29 Stichprobengröße Grundschule

Erhebungsinstrument	Informandenanzahl
Sozial-emotionale Entwicklung	
SDQ (Eltern)	96 Mütter
	81 Väter
	177 Gesamt
Elterliches Belastungserleben	
EBI	95 Mütter
	81 Väter
	176 Gesamt
Soziodemografische Informationen	
Fragebogen zum Kind	96 Eltern
Fragebogen zu den Eltern	96 Mütter
	81 Väter
	177 Gesamt

Insgesamt lagen an der Grundschule zu 95 Kindern die ausgefüllten Fragebögen der Eltern vor. Zu einem Kind konnten zusätzlich die Daten einzelner Bereiche (SDQ Vater und Mutter; EBI Vater) in die Auswertung einbezogen werden. In 81 Fällen füllten sowohl Mutter als auch Vater die Fragebögen aus. Bei den übrigen 15 Kindern bearbeitete ausschließlich die Mutter die Fragebögen.

3.1.1.5 Zusammensetzung und Repräsentativität der Stichproben

In Tabelle 30 werden die soziodemografischen Informationen der sprachentwicklungsgestörten Mädchen und Jungen mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Häufigkeit von Kindern mit Migrationshintergrund verglichen. Zur Überprüfung des Signifikanzniveaus wurde der online verfügbare „Chi-Square-Test-Calculator“ eingesetzt (<http://www.socscistatistics.com/tests/chisquare2/Default2.aspx>).

An der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache haben 33.3 % der Mädchen und 31.5 % der Jungen einen Migrationshintergrund. Im bundesdeutschen Durchschnitt wachsen 35.3 % der Kinder mit einem Migrationshintergrund auf. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant.

Tabelle 30 *Vergleich der soziodemografischen Informationen der sprachentwicklungsgestörten Mädchen (N = 18) und Jungen (N = 55) mit dem bundesdeutschen Durchschnitt*

Mädchen/Jungen	Migrationshintergrund ⁴¹	SFS	DESTATIS ⁴²	Chi ² , p
Mädchen	nein	12 (66.7 %)	2242 (64.7 %) ⁴³	Chi ² = .031
	ja	6 (33.3 %)	1224 (35.3 %) ⁴⁴	p ≤ .860
Jungen	nein	37 (68.5 %)	2242 (64.7 %) ⁴⁵	Chi ² = .342
	ja	17 (31.5 %)	1224 (35.3 %) ⁴⁶	p ≤ .558

Ein Vergleich der soziodemografischen Informationen der Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache und den Angaben des Statistischen Bundesamtes findet sich in Tabelle 31. In der Stichprobe der Mütter sprachbehinderter Kinder entspricht sowohl die Verteilung der Nationalität als auch die Häufigkeit an Alleinerziehenden dem Durchschnitt in Hessen. Bei den Schulabschlüssen und der Häufigkeit an abgeschlossenen Ausbildungen können signifikante Unterschiede beobachtet werden. Hauptschulabschlüsse kommen etwas seltener vor und Realschulabschlüsse sowie die allgemeine bzw. fachgebundene Hochschulreife etwas häufiger als im Durchschnitt Hessens. Zudem beendeten die Mütter sprachentwicklungsgestörter Kinder häufiger erfolgreich ihre Ausbildung, als dies auf den hessischen Durchschnitt zutrifft.

Tabelle 31 *Vergleich der soziodemografischen Informationen der Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (N = 71) mit dem hessischen Durchschnitt*

Merkmal		SFS	DESTATIS	Chi ² , p
Nationalität	deutsch	58 (81.7 %)	5.323.396 (88.9 %) ⁴⁷	Chi ² = 3.66
	andere	13 (18.3 %)	664.676 (11.1 %) ⁴⁸	p ≤ .056

⁴¹ Von einem Migrationshintergrund wurde ausgegangen, wenn das Kind zweisprachig aufwächst.

⁴² Statistisches Bundesamt

⁴³ vgl. Statistisches Bundesamt 2014a

⁴⁴ vgl. Statistisches Bundesamt 2014a

⁴⁵ vgl. Statistisches Bundesamt 2014a

⁴⁶ vgl. Statistisches Bundesamt 2014a

⁴⁷ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014

⁴⁸ vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014

Merkmal		SFS	DESTATIS	Chi ² , p
Schulabschluss	keinen	2 (2.9 %)	110 (0.0 %) ⁴⁹	Chi ² = 9.57
	Hauptschulabschluss	12 (17.1 %)	857 (33.8 %) ⁵⁰	p ≤ .023
	Realschulabschluss/mittlere Reife	28 (40.0 %)	791 (31.2 %) ⁵¹	
	Abitur/Fachabitur	28 (40.0 %)	780 (30.7 %) ⁵²	
Abgeschlossene Ausbildung	nein	13 (18.8 %)	850 (31.7 %) ⁵³	Chi ² = 5.16
	ja	56 (81.2 %)	1832 (68.3 %) ⁵⁴	p ≤ .023
Alleinerziehend	nein	57 (80.3 %)	6616 (82.0 %) ⁵⁵	Chi ² = 0.14
	ja	14 (19.7 %)	1448 (18.0 %) ⁵⁶	p ≤ .700

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse p ≤ .05 signifikant.

In Tabelle 32 werden die soziodemografischen Informationen der Väter mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes verglichen. Bei den Vätern entspricht die Verteilung der Nationalitäten ebenfalls dem Durchschnitt Hessens. Die Häufigkeit der allgemeinen bzw. fachgebundenen Hochschulreife ist vergleichbar. Hauptschulabschlüsse kommen in der Stichprobe der Väter sprachbehinderter Kinder etwas seltener vor, Realschulabschlüsse allerdings doppelt so häufig, verglichen mit dem Durchschnitt Hessens. Damit weisen die Väter sprachentwicklungsgestörter Kinder signifikant bessere Schulabschlüsse auf als die Männer Hessens. Auch hinsichtlich der Häufigkeit an abgeschlossenen Ausbildungen können signifikante Unterschiede festgestellt werden. Väter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache können häufiger eine abgeschlossene Ausbildung vorweisen als die Männer Hessens. Die Zahl der alleinerziehenden Väter ist im Vergleich zum Durchschnitt Hessens um das Vierfache erhöht. Auch dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

⁴⁹ vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁵⁰ vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁵¹ vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁵² Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁵³ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁵⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁵⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt 2013

⁵⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt 2013

Tabelle 32 *Vergleich der soziodemografischen Informationen der Väter der Schule mit dem Förderungsschwerpunkt Sprache (N = 63) mit dem hessischen Durchschnitt*

Merkmal		SFS	DESTATIS	Chi ² , p
Nationalität	deutsch	51 (81.0 %)	5.323.396 (88.9 %) ⁵⁷	Chi ² = 3.72
	andere	12 (19.0 %)	664.676 (11.1 %) ⁵⁸	p ≤ .053
Schulabschluss	keinen	1 (1.6 %)	95 (4.0 %) ⁵⁹	Chi ² = 16.96
	Hauptschulabschluss	12 (19.4 %)	832 (34.6 %) ⁶⁰	p ≤ .001
	Realschulabschluss/ mittlere Reife	29 (46.8 %)	594 (24.7 %) ⁶¹	
	Abitur/Fachabitur	20 (32.3 %)	885 (36.8 %) ⁶²	
Abgeschlossene Ausbildung	nein	5 (8.1 %)	588 (23.2 %) ⁶³	Chi ² = 7.86
	ja	57 (91.9 %)	1947 (76.8 %) ⁶⁴	p ≤ .005
Alleinerziehend	nein	58 (92.1 %)	7897 (97.9 %) ⁶⁵	Chi ² = 10.38
	ja	5 (7.9 %)	167 (2.1 %) ⁶⁶	p ≤ .001

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse p ≤ .05 signifikant.

In Tabelle 33 werden die soziodemografischen Informationen der Mädchen und Jungen der Grundschule mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes verglichen. An der Grundschule wachsen signifikant weniger Mädchen und Jungen mit einem Migrationshintergrund auf als im bundesdeutschen Durchschnitt.

Tabelle 33 *Vergleich der soziodemografischen Informationen der Mädchen (N = 48) und Jungen (N = 48) der Grundschule mit dem bundesdeutschen Durchschnitt*

Mädchen/Jungen	Migrationshintergrund	Grundschule	DESTATIS	Chi ² , p
Mädchen	nein	43 (95.6 %)	2242 (64.7 %)	Chi ² = 18.62
	ja	2 (4.4 %)	1224 (35.3 %) ⁶⁷	p ≤ .000

⁵⁷ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014

⁵⁸ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014

⁵⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁶⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁶¹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁶² Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁶³ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁶⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁶⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt 2013

⁶⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt 2013

⁶⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014a

Mädchen/Jungen	Migrationshintergrund	Grundschule	DESTATIS	Chi ² , p
Jungen	nein	39 (81.3 %)	2242 (64.7 %)	Chi ² = 5.70
	ja	9 (18.8 %)	1224 (35.3 %) ⁶⁸	p ≤ .017

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse p ≤ .05 signifikant.

Die soziodemografischen Informationen der Mütter der Grundschule werden mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes in Tabelle 34 verglichen. Die Verteilung der Nationalitäten ist bei den Müttern sprachgesunder Kinder mit dem hessischen Durchschnitt zu vergleichen. In den Schulabschlüssen kommt es allerdings zu deutlichen Unterschieden. Während die Häufigkeiten der Realschulabschlüsse ungefähr dem Durchschnitt entsprechen, ist der Anteil der allgemeinen bzw. fachgebundenen Hochschulreife bei den Müttern doppelt so hoch. Signifikante Unterschiede können zudem in der Häufigkeit an abgeschlossenen Ausbildungen beobachtet werden. Die Mütter der Grundschule legten deutlich häufiger eine Ausbildung ab als die Frauen Hessens. Auch der Anteil alleinerziehender Mütter ist in an der Grundschule deutlich geringer als im Durchschnitt in Hessen.

Tabelle 34 Vergleich der soziodemografischen Informationen der Mütter der Grundschule (N = 96) mit dem hessischen Durchschnitt

Mütter		Grundschule	DESTATIS	Chi ² , p
Nationalität	deutsch	91 (94.8 %)	5.323.396 (88.9 %) ⁶⁹	Chi ² = 3.35
	andere	5 (5.2 %)	664.676 (11.1 %) ⁷⁰	p ≤ .067
Schulabschluss	keinen	0 (0.0 %)	110 (0.0 %) ⁷¹	Chi ² = 57.36
	Hauptschulabschluss	7 (7.3 %)	857 (33.8 %) ⁷²	p ≤ .000
	Realschulabschluss/ mittlere Reife	27 (28.1 %)	791 (31.2 %) ⁷³	
	Abitur/Fachabitur	62 (64.6 %)	780 (30.7 %) ⁷⁴	

⁶⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014a

⁶⁹ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014

⁷⁰ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014

⁷¹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁷² Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁷³ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁷⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

Mütter		Grundschule	DESTATIS	Chi ² , p
Abgeschlossene Ausbildung	nein	3 (3.1 %)	850 (31.7 %) ⁷⁵	Chi ² = 35.54 p ≤ .000
	ja	93 (96.9 %)	1832 (68.3 %) ⁷⁶	
Alleinerziehend	nein	89 (92.7 %)	6616 (82.0 %) ⁷⁷	Chi ² = 7.36 p ≤ .007
	ja	7 (7.3 %)	1448 (18.0 %) ⁷⁸	

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

In Tabelle 35 werden die soziodemografischen Informationen der Väter der Grundschule mit dem hessischen Durchschnitt verglichen. Hier zeigt sich ein ähnliches Bild wie zuvor bei den Müttern. Während in der Verteilung der Nationalitäten keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden können, bringen die Väter der Grundschule einen deutlich besseren Bildungshintergrund mit und sind deutlich seltener alleinerziehend als der durchschnittliche Mann Hessens.

Tabelle 35 Vergleich der soziodemografischen Informationen der Väter der Grundschule ($N = 81$) mit dem hessischen Durchschnitt

Väter		Grundschule	DESTATIS	Chi ² , p
Nationalität	deutsch	69 (85.2 %)	5.323.396 (88.9 %) ⁷⁹	Chi ² = 1.21 p ≤ .271
	andere	12 (15.0 %)	664.676 (11.1 %) ⁸⁰	
Schulabschluss	keinen	1 (1.2 %)	95 (4.0 %) ⁸¹	Chi ² = 40.87 p ≤ .000
	Hauptschulabschluss	5 (6.2 %)	832 (34.6 %) ⁸²	
	Realschulabschluss/mittlere Reife	20 (24.7 %)	594 (24.7 %) ⁸³	
	Abitur/Fachabitur	55 (67.9 %)	885 (36.8 %) ⁸⁴	
Abgeschlossene Ausbildung	nein	3 (3.8 %)	588 (23.2 %) ⁸⁵	Chi ² = 16.76 p ≤ .000
	ja	78 (96.3 %)	1947 (76.8 %) ⁸⁶	

⁷⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁷⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁷⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt 2010

⁷⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt 2010

⁷⁹ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014

⁸⁰ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014

⁸¹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁸² Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁸³ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁸⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁸⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

⁸⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014b

Väter		Grundschule	DESTATIS	Chi ² , p
Alleinerziehend	nein	80 (98.8 %)	7897 (97.9 %) ⁸⁷	Chi ² = 0.26
	ja	1 (1.2 %)	167 (2.1 %) ⁸⁸	p ≤ .607

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

3.1.2 Erhebungsinstrumente

Zur Beantwortung der Hauptfragestellungen und zur Sicherung der Stichproben-Kriterien wurden verschiedene Verfahren eingesetzt, die im Folgenden beschrieben werden.

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman 1997)

Im Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung ging es nicht um die Diagnose psychischer Störungen oder Auffälligkeiten auf Grundlage von gängigen Klassifikationssystemen (wie z. B. der ICD-10). Vielmehr wurde ein mehrdimensionaler Ansatz gewählt, wodurch eine bestimmte Anzahl an Kriterien für eine Störung erfüllt werden musste (vgl. Hölling et al. 2007). Aus diesem Grund wurde die sozial-emotionale Entwicklung der spezifisch sprachentwicklungsgestörten sowie sprachgesunden Schüler mittels des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ überprüft. Alternativ hätte der CBCL/6-18R bzw. TRF/6-18R (Döpfner et al. 2014) eingesetzt werden können. Im Vergleich zum CBCL/6-18R bzw. TRF/6-18R (Döpfner et al. 2014) handelt es sich beim SDQ um ein wesentlich zeitökonomischeres Verfahren, das seit mehreren Jahren in der Forschungspraxis seine Anwendung findet. Das Testverfahren wurde von Goodman (1997) für Schüler im Alter von 4;0 bis 16;11 konzipiert und setzt sich aus 25 Items zusammen. Jeweils fünf Items können einem spezifischen Verhaltensbereich zugeordnet werden. Folgende Verhaltensbereiche werden vom SDQ überprüft: „Emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivität“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ sowie „Prosoziales Verhalten“. Aus den ersten vier Skalen wird ein Gesamtproblemwert berechnet. Die Antworten werden mithilfe einer dreistufigen Skala (0 = nicht zutreffend, 1 = teilweise zutreffend, 2 = eindeutig zutreffend) festgehalten. Durch die Addition der

⁸⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt 2010

⁸⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt 2010

Skalenrohrewerte erfolgt auf Grundlage der in Tabelle 36 dargestellten Diagnosekriterien eine Verhaltensbeurteilung.

Tabelle 36 *Diagnosekriterien des Eltern-SDQ (vgl. Woerner et al. 2002, S. 110)*

	Normal	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0–12	13–15	16–40
Emotionale Probleme	0–3	4	5–10
Verhaltensprobleme	0–3	4	5–10
Hyperaktivität	0–5	6	7–10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0–3	4	5–10
Prosoziales Verhalten	6–0	5	0–4

Für den SDQ der Lehrerinnen gelten die in Tabelle 37 aufgeführten Diagnosekriterien:

Tabelle 37 *Diagnosekriterien des Lehrerinnen-SDQ*

	Normal	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0–11	12–15	16–40
Emotionale Probleme	0–4	5	6–10
Verhaltensprobleme	0–2	3	4–10
Hyperaktivität	0–5	6	7–10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0–3	4	5–10
Prosoziales Verhalten	6–10	5	0–4

Von den Autoren wird eine Bearbeitungszeit von 5 bis 10 min angegeben. An der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache wurde der Fragebogen sowohl von den Klassenlehrerinnen als auch den Eltern ausgefüllt. An der Grundschule füllten ausschließlich die Eltern den Fragebogen aus. In Tabelle 38 sind die Werte der internen Konsistenz für den Gesamtproblemwert und die Subskalen des SDQ dargestellt. Differenziert wird dabei zwischen den Werten aus der Validierungsstudie des SDQ und den Werten aus der Befragung der Eltern und Lehrerinnen der Sprachheilschule sowie Eltern der Grundschule der vorliegenden Untersuchung. Mit Ausnahme der Werte für die Subskala „Verhaltensprobleme“ liegen alle anderen Werte meist über .65, sodass von einer hohen

Zuverlässigkeit dieses Testinstruments in der vorliegenden Untersuchung ausgegangen werden kann (vgl. DeVellis 2012).

Tabelle 38 *Interne Konsistenz des Gesamtproblemwerts und der SDQ-Subskalen getrennt nach der Validierungsstudie und Müttern (N = 71) und Vätern (N = 63) der Schule mit dem Förderungsschwerpunkt Sprache (SFS) und Müttern (N = 96) und Vätern (N = 81) der Grundschule (GS)*

	Woerner et al. (2002)	Mütter SFS	Väter SFS	Lehrerinnen SFS	Mütter GS	Väter GS
Gesamtproblemwert	.82	.79	.79	.87	.88	.89
Emotionale Probleme	.66	.67	.63	.82	.82	.76
Verhaltensprobleme	.60	.59	.63	.78	.54	.64
Hyperaktivität	.76	.80	.75	.85	.81	.84
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	.58	.65	.53	.81	.72	.73
Prosoziales Verhalten	.68	.70	.75	.80	.67	.68

The Children's Communication Checklist (CCC-2, Bishop 2003)

Zur Überprüfung der kommunikativen Kompetenz wurde die „Children's Communication Checklist“ in der zweiten Auflage von Bishop (2003) verwendet. Es existiert eine Vielzahl an Testverfahren, welche die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten in einzelnen Untertests überprüfen, nicht aber ausschließlich zur differenzierten Erfassung dieses Bereichs konzipiert wurden. Andere Verfahren überprüfen zwar schwerpunktmäßig die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen, sind allerdings nicht normiert und zudem aufgrund der Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten im Rahmen von Beobachtungssituationen sehr zeitaufwendig. Zur Beantwortung der Fragestellungen musste ein Verfahren gewählt werden, das eine differenzierte und möglichst objektive Einschätzung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten ermöglichte und zudem zeitökonomisch und problemlos von den Lehrerinnen bearbeitet werden konnte. Da es sich bei der „Children's Communication Checklist“ um das einzig normierte Fragebogenverfahren handelt, das ausschließlich zur Überprüfung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen entwickelt wurde, fand dieses Verfahren seinen Einsatz. Für die zweite Auflage stand zum Zeitpunkt der Erhebung keine autorisierte deutsche Übersetzung zur Verfügung. Die zweite Auflage ist im Vergleich zur ersten Auflage

allerdings wesentlich praktikabler und mit inhaltlich interessanten Neuerungen versehen. Aufgrund der hohen Bedeutsamkeit dieses Testfahrens wurde ausschließlich für den Einsatz in der vorliegenden Untersuchung eine deutsche Übersetzung erstellt. Hierzu wurde das Verfahren zunächst ins Deutsche übersetzt und anschließend von einem Muttersprachler ins Englische rückübersetzt, um in der Gegenüberstellung mögliche Problemquellen aufdecken zu können.

Die CCC-2 wurde für das Alter von 4;0 bis 16;11 Jahre entwickelt und umfasst zehn Unterskalen (Sprechen: Redefluss, Verständlichkeit; Syntax; Semantik; Kohärenz; Unangemessenes Initiieren von Gesprächen; Gesprächsstereotypen; Verwendung des Kontextes; Nonverbale Kommunikation; Soziale Beziehungen; Interessen) mit je sieben Items. Als Antwortmöglichkeit steht ein vierstufiges Rating zur Verfügung (weniger als einmal in der Woche oder nie; mindestens einmal in der Woche, aber nicht jeden Tag; ein- oder zweimal am Tag; mehrmals am Tag oder immer). Zur Ermittlung der „Scaled Scores“ müssen die Item-Rohwerte der einzelnen Skalen zunächst addiert werden, bevor sie in Rohwerte und zuletzt in „Scaled Scores“ transferiert werden können. Mit Ausnahme der Skalen „Unangemessenes Initiieren von Gesprächen“ und „Interessen“ gelten die folgenden Diagnosekriterien (Tabelle 39):

Tabelle 39 Diagnosekriterien der CCC-2

	Prozentrang	Scaled Score
(deutlich) unterdurchschnittlich	0–15	0–6
durchschnittlich	16–84	7–12
(deutlich) überdurchschnittlich	85–100	13–19

Für die zwei Skalen „unangemessenes Initiieren von Gesprächen“ und „Interessen“ gelten abweichende Diagnosekriterien (Tabelle 40):

Tabelle 40 Diagnosekriterien für die Skalen „Unangemessenes Initiieren von Gesprächen“ und „Interessen“ der CCC-2

	Prozentrang	Scaled Score
(deutlich) unterdurchschnittlich	0–15	0–6
durchschnittlich	16–84	7–13
(deutlich) überdurchschnittlich	85–100	14–19

Neben den einzelnen Skalen werden ein General Communication Composite (GCC)-Score und Social Interaction Deviance Score (SIDC)-Score ermittelt. Letzterer soll eine Trennung von Kindern mit typischen spezifischen Sprachentwicklungsstörungen und Kindern mit Auffälligkeiten im pragmatisch-kommunikativen Bereich ermöglichen (vgl. Bishop 2003, S. 27). In der ersten Auflage der CCC wurde demgegenüber ausschließlich ein „Pragmatic Composite Score“ berechnet. Die Berechnung dieses Pragmatikwertes ist in der vorliegenden Version nicht mehr vorgesehen. Im Handbuch weist Bishop (2003) allerdings darauf hin, dass die Skalen „Kohärenz“, „Unangemessenes Initiieren von Gesprächen“, „Stereotype Sprache“, „Kontextgebrauch“ und „Nonverbale Kommunikation“ der vorliegenden Version im früheren „Pragmatic Composite Score“ enthalten waren (vgl. S. 27). Um die Hauptfragestellungen der vorliegenden Untersuchung differenziert beantworten zu können, wurden die Rohwerte der genannten fünf Untertests addiert und ein Pragmatik-Gesamtscore gebildet. Zudem wurde aus den Subtests „Aussprache“, „Syntax“ und „Semantik“ ein Sprach-Gesamtscore gebildet. Normwerte liegen allerdings nur für den SIDC- und GCC-Score vor. Der GCC wird berechnet, indem die „Scaled Scores“ der Skalen „Aussprache“, „Syntax“, „Semantic“, „Kohärenz“, „Unangemessenes Initiieren von Gesprächen“, „Stereotype Sprache“, „Kontextgebrauch“ und „Nonverbale Kommunikation“ addiert werden. Ein GCC-Score unter 61 entspricht einem Prozentrang von < 16 . Nahezu alle Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen oder einer Autismus-Spektrum-Störung erreichen GCC-Werte unter 55 (vgl. Bishop 2003, S. 20). Zur Berechnung des SIDC-Scores müssen die „Scaled Scores“ der Skalen „Unangemessenes Initiieren von Gesprächen“, „Nonverbale Kommunikation“, „Soziale Beziehungen“ und „Interessen“ addiert werden und anschließend die Summe aus den „Scaled Scores“ der Skalen „Aussprache“, „Syntax“, „Semantik“ und „Kohärenz“ subtrahiert werden. Ein Wert von 9 oder größer weist darauf hin, dass diese Kinder eher von typischen spezifischen Sprachentwicklungsstörungen betroffen sind, während ein Wert unter 0 ein Hinweis auf das Vorliegen von pragmatisch-kommunikativen Störungen oder einer Autismus-Spektrum-Störung ist (vgl. Bishop 2003, S. 21). Das Testverfahren kann innerhalb von 5 bis 10 min durchgeführt werden. Die CCC-2 wurde ausschließlich in der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache eingesetzt und dort von den Klassenlehrerinnen bearbeitet.

Die Werte der internen Konsistenz für die Validierungsstudie von Bishop (2003) und die eigene Untersuchung sind in Tabelle 41 dargestellt. Die Werte der Subskalen „Semantik“, „Stereotype Sprache“ und „Interessen“ liegen unter .65, sodass von einer ge-

ringeren Zuverlässigkeit dieser Skalen in der eigenen Untersuchung ausgegangen werden muss.

Tabelle 41 *Interne Konsistenz der Teilskalen und Subskalen des CCC-2 getrennt nach der Validierungsstudie und der Befragung der Lehrerinnen der SFS (N = 71)*

Skalen CCC-2	Bishop (2003)	SFS
Aussprache	.80	.86
Syntax	.73	.84
Semantik	.68	.52
Kohärenz	.78	.75
Unangemessenes Initiieren von Gesprächen	.80	.85
Stereotype Sprache	.66	.53
Kontextgebrauch	.74	.72
Nonverbale Kommunikation	.69	.76
Soziale Beziehungen	.69	.72
Interessen	.66	.60
GCC		.93
Pragmatik-Gesamtscore		.89
Sprach-Gesamtscore		.88
SIDC		.78

Eltern-Belastungs-Inventar (EBI, Tröster 2010)

Zur Überprüfung des elterlichen Belastungserlebens wurde das Eltern-Belastungs-Inventar (Tröster 2010) eingesetzt. Der FaBel-Fragebogen von Ravens-Sieberger et al. (2001) hätte alternativ seine Anwendung finden können. Gegen dieses Verfahren wurde sich entschieden, da das EBI das elterliche Belastungserleben differenzierter erfasst und dieses Verfahren zudem in der Forschungspraxis häufiger eingesetzt wird, wodurch eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht wird.

Das EBI basiert auf dem Parenting-Stress-Modell von Abidin (1990, 1992), wonach sich das elterliche Belastungserleben aus den Faktoren „Eigenschaften und Verhaltensweisen des Kindes“, „Charakteristiken der Eltern“ sowie „Kontextfaktoren“ zusammensetzt. Mithilfe des EBI werden Belastungsquellen aufgedeckt, die entweder dem Eltern-

oder Kindbereich zuzuordnen sind. Im Kindbereich (KB) werden fünf Subskalen unterschieden, die auf Verhaltensweisen des Kindes zurückgehen und mit Anforderungen für die Eltern verbunden sind (Hyperaktivität/Ablenkbarkeit, Akzeptierbarkeit, Anforderung, Anpassungsfähigkeit und Stimmung). Der Elternbereich (EB) setzt sich aus den folgenden sieben Subskalen zusammen: Bindung, Soziale Isolation, Elterliche Kompetenz, Depression, Gesundheit, Persönliche Einschränkung, Partnerbeziehung. Diese stellen Belastungsquellen für die Eltern dar und beeinträchtigen ihren elterlichen Funktionsbereich (vgl. Tröster 2010, S. 5 ff.). Alleinerziehende Eltern bearbeiten die Items des Bereichs „Partnerbeziehung“ (PB) nicht. Neben dem Gesamtwert für den Kindbereich wird deshalb in der vorliegenden Untersuchung zwischen einem Gesamtwert für den Elternbereich differenziert, der die Skala „Partnerbeziehung“ enthält (EB Gesamt) bzw. nicht enthält (EB Gesamt ohne PB). Außer den Teilskalen „Kindbereich“ und „Elternbereich“ sieht das EBI die Berechnung eines EBI-Gesamtwertes als globales Maß der elterlichen Belastung vor. Dieser Gesamtwert ergibt sich aus der Addition der Rohwerte der beiden Teilskalen „Kindbereich“ und „Elternbereich“. Da für die zuletzt genannte Teilskala zwei Werte existieren, stehen auch für den EBI-Gesamtwert zwei Werte zur Verfügung (EBI-Gesamt und EBI-Gesamt ohne PB).

Das EBI umfasst insgesamt 48 Items, die innerhalb von 10 min von den Eltern beantwortet werden können. Die Antworten werden mithilfe einer fünfstufigen Ratingskala festgehalten (trifft genau zu, trifft eher zu, nicht sicher, trifft eher nicht zu, trifft gar nicht zu). Item 36 („Seit das Kind da ist, habe ich weniger Interesse an Sexualität“), welches dem Bereich „Partnerbeziehung“ angehört, wurde aufgrund des schulischen Kontextes und zur Gewährung der Privatsphäre der Eltern nicht mit in den Fragebogen aufgenommen.

Die Normierung des EBI basiert auf einer Stichprobe von Müttern von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter. Da im Zentrum dieser Untersuchung zum einen Eltern von Kindern im Schulalter stehen und zum anderen auch Väter an der Erhebung teilnehmen, wird das EBI zur Gewinnung einer Vergleichsstichprobe ebenfalls von den Eltern der Grundschulkinder ausgefüllt.

Die Werte der internen Konsistenz finden sich in Tabelle 42. In der vorliegenden Untersuchung erfüllen alle Werte mit Ausnahme des Wertes für die Subskala „Hyperaktivität“ in der Stichprobe der Väter den Anspruch auf Zuverlässigkeit.

Tabelle 42 *Interne Konsistenz des EBI getrennt nach der Validierungsstudie sowie Müttern (N = 71) und Vätern (N = 63) der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache und Müttern (N = 96) und Vätern (N = 81) der Grundschule*

Skalen EBI	Tröster (2010)	Mütter SFS	Väter SFS	Mütter GS	Väter GS
Hyperaktivität	.75	.77	.70	.69	.49
Stimmung	.70	.86	.90	.82	.81
Akzeptierbarkeit	.70	.68	.74	.74	.66
Anforderung	.68	.77	.78	.85	.84
Anpassungsfähigkeit	.77	.76	.81	.78	.79
Kindbereich	.91	.92	.94	.93	.91
Bindung	.61	.71	.78	.80	.78
Soziale Isolation	.63	.88	.87	.85	.68
Elterliche Kompetenz	.83	.84	.81	.86	.84
Depression	.75	.79	.82	.81	.80
Gesundheit	.75	.82	.83	.83	.85
Persönliche Einschränkungen	.82	.88	.86	.89	.85
Partnerbeziehung	.80	.89	.90	.90	.90
Elternbereich	.93	.96	.95	.96	.94

Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren (SET 5–10, Petermann 2012)

Beim „Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren“ von Petermann (2012) handelt es sich um ein normiertes Testverfahren zur Erhebung des Sprachstandes von Kindern im Alter zwischen fünf und zehn Jahren. Alternativ hätte im Rahmen dieser Untersuchung der HSET oder P-ITPA eingesetzt werden können. Alle anderen Verfahren eignen sich nicht für die Altersgruppe der fünf bis zehn Jahre alten Kinder. Verglichen mit dem HSET, handelt es sich beim SET 5–10 um ein wesentlich aktuelleres Testverfahren, das mit ansprechendem Untersuchungsmaterial ausgestattet ist und zudem das Textverständnis und die Erzählfähigkeiten überprüft. Gegen einen Einsatz des P-ITPA wurde sich entschieden, da dieses Verfahren eher psycholinguistisch ausgerichtet ist und nicht die Fähigkeiten auf allen sprachlichen Ebenen differenziert erfasst. Der SET 5–10 ermöglicht auf der Grundlage von zehn Untertests, welche

die Bereiche Wortschatz, semantische Relationen, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Sprachverständnis, Sprachproduktion, Grammatik/Morphologie und die auditive Merkfähigkeit überprüfen, eine umfassende Beurteilung des Sprachstandes des Kindes. Als einziger Sprachentwicklungstest im deutschen Sprachraum enthält der SET 5–10 einen Untertest zum Textverständnis. Das Testverfahren kann innerhalb von 45 min durchgeführt werden.

Die Durchführung des SET 5–10 erfolgte durch die Promovendin. Der Sprachentwicklungsstand wurde ausschließlich von Schülern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache erhoben. Die Untertests „Verarbeitungsgeschwindigkeit“ und „auditive Merkfähigkeit“ tragen weder zur Beantwortung der Hauptfragestellungen noch zur Sicherung der Stichproben-Kriterien bei, weshalb sie im Rahmen dieser Untersuchung nicht eingesetzt wurden. Um Aussagen über die Ausprägung der Sprachbehinderung treffen zu können, wurde informell ein SET-Gesamtwert gebildet, indem die Rohwerte der einzelnen Untertests addiert wurden.

In Tabelle 43 findet sich eine Darstellung der Werte der internen Konsistenz getrennt nach der Validierungsstudie von Petermann (2012) und der eigenen Untersuchung. Mit Ausnahme des Untertests „Bildergeschichte“ liegen alle anderen Werte über .65, sodass von einer hohen Zuverlässigkeit des Testverfahrens für die vorliegende Untersuchung ausgegangen werden kann.

Tabelle 43 *Interne Konsistenz der Subtests des SET 5–10 getrennt nach der Validierungsstudie und der eigenen Untersuchung*

Skalen SET 5–10	Altersgruppe	Petermann (2012)	SFS (N)
Bildbenennung	5–10 Jahre	.91	.87 (72)
Kategorienbildung	5–10 Jahre	.74	.85 (72)
Handlungssequenzen	5–10 Jahre	.77	.80 (72)
Fragen zum Text	5–6 Jahre	.62	.68 (16)
	7–10 Jahre	.61	.67 (56)
Bildergeschichte	5–10 Jahre	.67	.55 (72)
Satzbildung	5–10 Jahre	.91	.85 (72)
Singular-Plural-Bildung	5–10 Jahre	.84	.83 (72)
Erkennen inkorrektter Sätze	5–6 Jahre	.72	.90 (16)
Korrektur inkorrektter Sätze	7–10 Jahre	.71	.66 (56)

Grundintelligenztest Skala 1 – Revision (CFT 1-R, Weiß & Osterland 2012)

Zur Sicherstellung der SSES-Kriterien wurde als nonverbaler Intelligenztest der CFT 1-R von Weiß und Osterland (2012) eingesetzt. Konzipiert wurde der Test für Kinder im Alter von 5;3 bis 9;11 Jahren bzw. 6;6 bis 11;11 Jahren. Der CFT 1-R gliedert sich in sechs Untertests mit sechs verschiedenen Aufgabenstellungen, die sowohl in der Einzel- als auch Gruppentestung bearbeitet werden können. Auf Grundlage folgender Untertests erfolgt eine Einschätzung der nonverbalen Intelligenz: Substitutionen, Labyrinth, Ähnlichkeiten, Reihenfortsetzen, Klassifikation, Matrizen. Es steht eine Lang- wie auch Kurzform zur Verfügung. Die Langform unterscheidet sich von der Kurzform durch eine längere Bearbeitungszeit. Bei Kindern ab acht Jahren wird die Durchführung der Kurzform empfohlen aufgrund der sich einstellenden Deckeneffekte bei zu langer Bearbeitungsdauer. Für die Kurzform wird von den Autoren eine reine Testzeit von 13 min 10 sek angegeben, für die Langform 17 min 30 sek.

Das Verfahren kam ausschließlich an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache zum Einsatz. Mit Schülern ab acht Jahren wurde der CFT 1-R in der Kurzform durchgeführt, mit Kindern unter acht Jahren in der Langform. Auf Grundlage eines Gesprächs mit der Klassenlehrerin wurde entschieden, ob das Verfahren in der Einzel- oder Gruppentestung mit dem jeweiligen Kind durchgeführt werden sollte. Mit schwächeren und/oder jüngeren Schülern wurde das Verfahren in der Einzeltestung bearbeitet. Bei Gruppenuntersuchungen wurde die Anzahl von drei Schülern nicht überstiegen.

Tabelle 44 zeigt die Werte der internen Konsistenz für die Validierungsstudie und die eigene Untersuchung. Einzig der Untertest „Ähnlichkeiten“ erreicht einen Wert unter .65, sodass bei diesem von einer geringen Zuverlässigkeit für die vorliegende Untersuchung ausgegangen werden muss.

Tabelle 44 *Interne Konsistenz der Teilskalen und Subskalen des CFT 1-R*

Skalen CFT 1-R	Weiß & Osterland 2012	SFS (N)
Substitutionen	.75	.97 (61)
Labyrinth	.86	.71 (61)
Ähnlichkeiten	.78	.58 (61)
Reihenfortsetzen	.90	.83 (61)
Klassifikationen	.81	.66 (61)
Matrizen	.89	.72 (61)

Skalen CFT 1-R	Weiß & Osterland 2012	SFS (N)
Teil 1	.94	.96 (61)
Teil 2	.95	.89 (61)
Gesamt	.97	.96 (61)

Grundintelligenztest Skala 2 – Revision (CFT 20-R, Weiß 2006)

Kinder ab einem Alter von zehn Jahren bearbeiteten nicht den CFT 1-R, sondern den CFT 20-R von Weiß (2012). Das nonverbale Verfahren zur Erfassung der Grundintelligenz kann bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8;6 bis 19 Jahren sowie bei Erwachsenen im Alter von 19 bis 60 Jahren eingesetzt werden. Das Testverfahren gliedert sich in zwei Teile, wobei sich die Subtests nicht unterscheiden (Subtest 1: Reihen fortsetzen; Subtest 2: Klassifikationen; Subtest 3: Matrizen; Subtest 4: Topologische Schlussfolgerungen). Der erste Teil unterscheidet sich vom zweiten Teil durch eine höhere Itemanzahl und längere Bearbeitungszeit. Subtest eins, zwei und drei finden sich mit anderen Items auch im CFT 1-R. Außerdem kann der CFT 20-R ebenfalls als Kurz- oder Langform durchgeführt werden. Für Kinder und Jugendliche mit sprachlichen Beeinträchtigungen wird der Einsatz der Langform empfohlen.

Der CFT 20-R wurde mit Schülern ab einem Alter von 10 Jahren der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache durchgeführt. Aufgrund der vorliegenden Sprachbehinderung wurde das Verfahren in der Langform eingesetzt. Alle Kinder bearbeiteten den CFT 20-R in einer Gruppe, bestehend aus maximal drei Mitschülern.

Wie der Tabelle 45 zu entnehmen ist, erfüllen der Gesamtwert und der Wert für Teil eins den Anspruch auf Zuverlässigkeit, nicht aber der Wert für Teil zwei. Dieser liegt knapp darunter.

Tabelle 45 *Interne Konsistenz der Teilskalen und Subskalen des CFT 20-R*

Teilskalen CFT 20-R	Weiß (2006)	SFS
Teil 1	.92	.74 (10)
Teil 2	.90	.63 (10)
Gesamt	.95	.81 (10)

Fragebögen zur Erfassung soziodemografischer und anamnestischer Informationen des Kindes und der Eltern

Zur Erfassung soziodemografischer und anamnestischer Informationen des Kindes und der Eltern wurde ein Elternfragebogen konzipiert. Der Elternfragebogen gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil werden Informationen zum Kind erfasst. Die Mutter/weibliche Erziehungsberechtigte oder der Vater/männliche Erziehungsberechtigte mussten diesen Bogen ausfüllen. Der zweite und dritte Teil beinhalten Fragen zur Mutter/weiblichen Erziehungsberechtigten und zum Vater/männlichen Erziehungsberechtigten. Der Fragebogen zur Erfassung soziodemografischer und anamnestischer Informationen des Kindes beinhaltet andere Fragestellungen als der Fragebogen der Eltern. Der Fragebogen für die Mutter ist hingegen identisch mit dem Fragebogen des Vaters. Teile dieses Elternfragebogens wurden aus dem Abschnitt „Angaben zu Ihrer Person“ des Eltern-Belastungs-Inventars (Tröster 2010) übernommen und durch eigene Fragestellungen ergänzt. Der Fragebogen zur Erfassung der Informationen zum Kind wurde selbst entworfen. Bei einem Großteil der erfragten Informationen standen mehrere Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, sodass die Eltern per Kreuz die für sie zutreffende Antwort wählen konnten. Die Fragebögen wurden sowohl an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache als auch an der Grundschule eingesetzt. Für die Eltern der Grundschule wurden die mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten Fragen in der Konzeption des Fragebogens ausgelassen. Folgende Bereiche wurden erfasst:

- Informationen zum Kind
 - Geschlecht (männlich; weiblich)
 - Alter (Jahre; Monate)
 - Nationalität (deutsch; anderes nämlich)
 - Geburtsland (Deutschland; anderes nämlich)
 - Position in der Geschwisterreihe (Erstgeborenes, Zweitgeborenes; Drittgeborenes; Viertgeborenes; andere Position nämlich)
 - Muttersprache des Kindes (Deutsch; andere nämlich)
 - Zweisprachiges Aufwachsen (ja; nein)
 - Diagnosealter Sprachbehinderung (Jahre; Monate)*
 - Ursache für Sprachbehinderung (genetisch; Komplikationen vor, während oder nach der Geburt; nicht bekannt; Sonstige)*
 - Dauer des Besuchs der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (Jahre; Monate)*

- Erhalt von Logopädie, Ergotherapie oder einer anderen Förderung außerhalb der Schule
- Vorliegen weiterer Beeinträchtigungen (Hörschädigung; körperliche Behinderung; Autismus-Spektrum-Störung; Sonstige)
- Informationen zu den Eltern
 - Alter
 - Nationalität (deutsch; andere nämlich)
 - Geburtsland (Deutschland; anderes nämlich)
 - Schulabschluss (kein Schulabschluss; Hauptschulabschluss; Realschulabschluss/mittlere Reife; Abitur/Fachabitur)
 - Abgeschlossene Berufsausbildung (ja; nein)
 - Augenblickliche Beschäftigungssituation (in der Ausbildung/Studium; berufstätig mit____Stunden pro Woche; im Mutterschutz/Erziehungsurlaub; Hausfrau/Hausmann; arbeitslos; Sonstiges)
 - Alleinerziehend (ja; nein)
 - Feste Partnerschaft (ja; nein)
 - Kinderanzahl
 - Sprachbehinderung Geschwisterkinder (ja; nein)*
 - Selbst von Sprachbehinderung betroffen (gewesen) (ja; nein)*
 - Unterstützung in der Erziehung des Kindes (Partner; Eltern/Schwiegereltern; Freunde; Nachbarn; keiner weiteren Person; Sonstige)
 - Ausreichend unterstützt in der Erziehung des Kindes (ja; nein)
 - Beanspruchung in der Erziehung des Kindes (nicht beansprucht; gering beansprucht; mittelmäßig beansprucht; stark beansprucht)

3.1.3 Studiendesign

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine Querschnittsuntersuchung gewählt, in deren Zentrum die Untersuchung von Einflussfaktoren, insbesondere der Faktoren „elterliches Belastungserleben“ und „pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten“, auf die sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder stand (Abbildung 15).

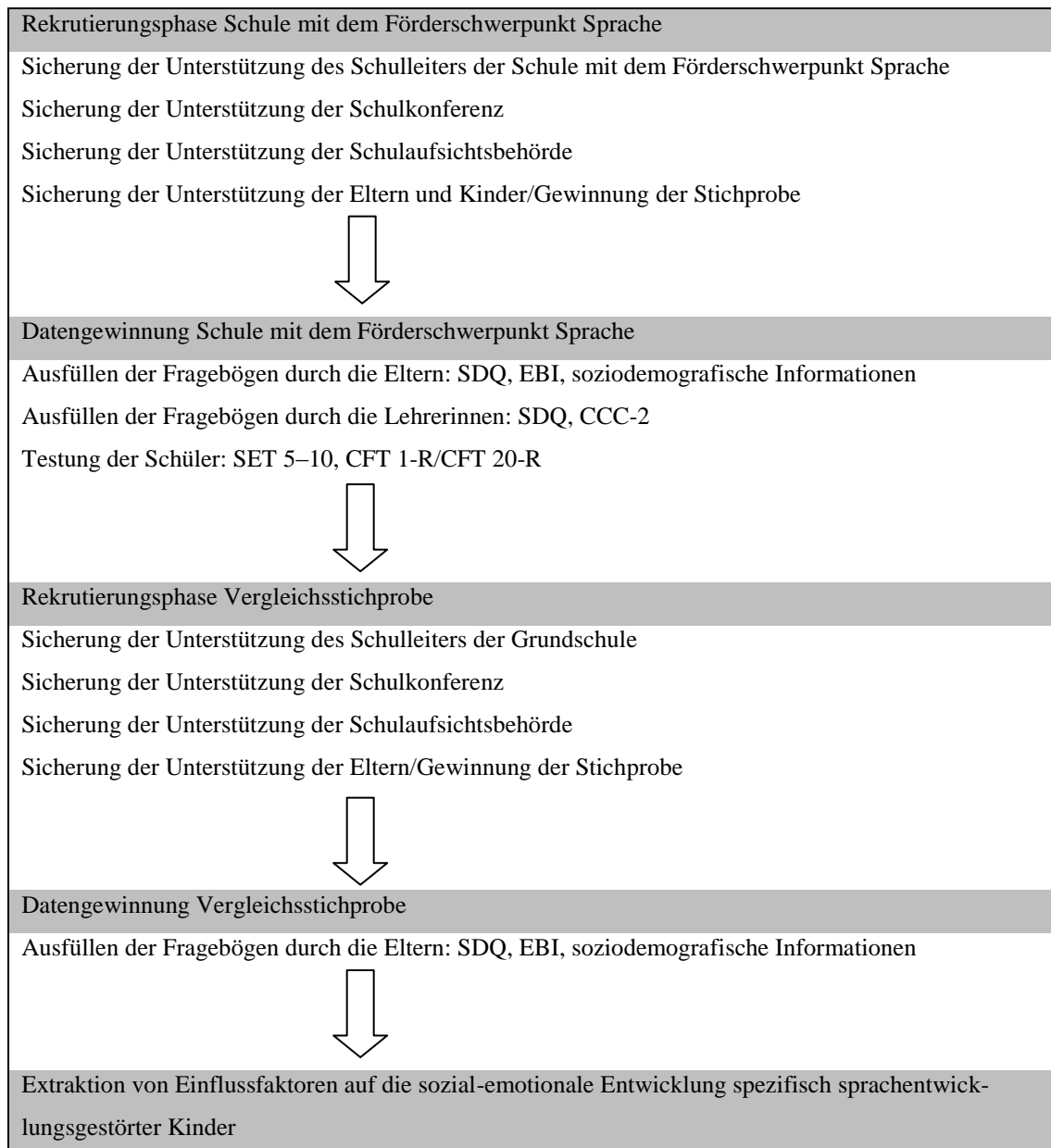


Abbildung 15. Studiendesign

Nach der „Rekrutierungsphase“, d. h. der Kontaktaufnahme und Sicherung der Unterstützung verschiedener Personengruppen, folgte die Phase der Datengewinnung, in welcher Eltern und Klassenlehrerinnen jeweils zwei Fragebögen pro teilnehmendem Kind ausfüllen mussten. Die Eltern bearbeiteten einen Fragebogen zum elterlichen Belastungserleben und zur sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes, die Lehrerinnen hingegen einen Fragebogen zu den pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten und ebenfalls den Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung. Darüber hinaus waren die Eltern gefordert, einen Fragebogen zu soziodemografischen Informationen der Familie und des Kindes auszufüllen. Als dritter Baustein der Phase der „Datengewinnung“ folgte die Testung der Schüler mit einem Verfahren zur Feststellung des Sprachentwicklungsstandes und einem Verfahren zur kognitiven Entwicklung.

Aufgrund des Fehlens einer altersentsprechenden Vergleichsstichprobe im EBI wurden zusätzlich Eltern sprachgesunder Kinder in die Untersuchung einbezogen. Auch hier setzte sich die Untersuchung aus einer Rekrutierungs- und Datengewinnungsphase zusammen. Die Abläufe entsprachen denen der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache mit Ausnahme der befragten Personengruppen und eingesetzten Testverfahren. An dieser Erhebung nahmen ausschließlich die Eltern des sprachgesunden Kindes teil. Die Klassenlehrerinnen und das Kind selbst lieferten keine Informationen. Die Eltern sprachgesunder Kinder erhielten die gleichen Fragebögen wie die Eltern sprachentwicklungsgestörter Kinder. Der Fragebogen zur Erfassung soziodemografischer und anamnestischer Informationen wurde der Probandengruppe angepasst.

Als letzte Phase schloss sich die Phase der Datenauswertung zur Überprüfung der Einschlusskriterien und zur Extraktion möglicher Einflussvariablen auf die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes an. Zuletzt ermöglichten die Daten von Eltern sprachgesunder Kinder einen Vergleich mit Familien und Kindern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache in den Bereichen „elterliches Belastungserleben“ und „sozial-emotionale Entwicklung“ des Kindes. In der Tabelle 46 sind die erfassten Bereiche und dazugehörigen Untersuchungsinstrumente noch einmal dargestellt.

Tabelle 46 *Erfassungsbereiche und Untersuchungsinstrumente*

Erfassungsbereich	Untersuchungsinstrument
Sozial-emotionale Entwicklung	SDQ
Pragmatisch kommunikative Kompetenz	CCC-2
Elterliche Belastung	EBI
Sprachliche Fähigkeiten	SET 5–10; CCC-2
Kognitive Fähigkeiten	CFT 1-R/ CFT 20-R
Soziodemografische Informationen des Kindes (Personale Ressourcen: Kontextuelle Merkmale)	Fragen zum Geschlecht, Alter, zur Nationalität, zum Geburtsland, zur Position in der Geschwisterreihe, zur Muttersprache; zum zweisprachigen Aufwachsen, zum Diagnosealter; zu Ursachen der Sprachentwicklungsstörungen; zur Dauer des Besuchs der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache; zum Erhalt von Fördermaßnahmen; zu weiteren Beeinträchtigungen

Erfassungsbereich	Untersuchungsinstrument
Soziodemografische Informationen der Eltern (Personale Ressourcen: Kontextuelle Merkmale)	Fragen zum Alter, zur Nationalität, zum Geburtsland, zum Schulabschluss, zur Berufsausbildung, zur Beschäftigungs- und Erziehungssituation, zur Partnerschaft, zur Kinderanzahl
Soziale Ressourcen	Fragen zur Unterstützung in der Erziehung des Kindes

3.1.4 Auswertmethodik

Zur statistischen Auswertung der quantitativen Daten wurde mit „IBM SPSS Statistics“ der Softwarefirma SPSS gearbeitet.

Zusammenhänge

Zur Analyse der Zusammenhänge von metrischen und ordinalen Daten wurden Pearsons Produkt-Moment-Korrelationen durchgeführt.

Häufigkeiten

Zur Berechnung der Häufigkeiten von kategorialen, nominalen oder metrischen Daten kamen Häufigkeitsanalysen zum Einsatz.

Gruppenvergleiche

Zum Vergleich der Ergebnisse zwischen zwei Gruppen wurden t-Tests durchgeführt. Sollten die Ergebnisse von mehr als zwei Gruppen miteinander verglichen werden, kamen univariate Varianzanalysen mit nachfolgendem Scheffé-Post-hoc-Test zum Einsatz. Der Einfluss möglicher Drittvariabler, insbesondere soziodemografischer Merkmale, auf den Gruppenunterschied wurde mittels univariater Varianzanalysen überprüft. Hierzu wurde die Drittvariable als Kovariate in die Berechnung einbezogen. Zum Vergleich der kategorialen Daten in zwei Gruppen wurden Chi²-Tests durchgeführt.

Pfadanalysen

Zur Überprüfung der hypothetischen Beziehungen zwischen verschiedenen Variablen wurden mittels des Programms SPSS AMOS von IBM explorative Pfadanalysen durchgeführt.

Interne Konsistenz

Um die interne Konsistenz der eingesetzten Testverfahren überprüfen zu können, wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt.

3.2 Ergebnisse

3.2.1 Stichprobenbeschreibung

Nach der Darstellung der Stichprobengröße und -zusammensetzung findet im Folgenden eine detaillierte Beschreibung der soziodemografischen Variablen der spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kinder und deren Eltern statt.

Sprachentwicklungsgestörte Kinder

Nach Berücksichtigung der Einschlusskriterien können an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache die Daten von 55 Jungen und 18 Mädchen in die Auswertung einbezogen werden (Tabelle 47). Dies entspricht einem Geschlechterverhältnis von drei zu eins. Dieses Verhältnis findet sich in verschiedenen wissenschaftlichen Publikationen zur Geschlechterverteilung bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen wieder. In keinem soziodemografischen Merkmal kommt es zwischen den sprachentwicklungsgestörten Jungen und Mädchen zu statistisch signifikanten Unterschieden. Das Durchschnittsalter der Jungen beträgt 97.56 Monate, das der Mädchen 98.28 Monate. Die meisten Jungen sind acht Jahre alt, während die meisten Mädchen der Stichprobe sieben Jahre alt sind. Die Verteilung über die Altersgruppen unterscheidet sich zwischen den beiden Geschlechtern nicht. Ca. 90 % der Mädchen und Jungen besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft. In Deutschland wurden 92 % der Jungen und alle Mädchen geboren. Mit Deutsch als Muttersprache wachsen ca. 70 % der Mädchen und Jungen auf. Ca. 32 % der Mädchen und Jungen werden zweisprachig erzogen. Knapp 50 % der Jungen

nehmen die erste Position in der Geschwisterreihe ein, während ca. 60 % der Mädchen die zweite Position für sich beanspruchen. Außerhalb der Schule erhalten 56 % der Jungen und 78 % der Mädchen zusätzliche Förderung. In logopädischer Behandlung befinden sich 56 % der Jungen und 39 % der Mädchen. Ergotherapie nehmen 24 % der Jungen und 33 % der Mädchen in Anspruch. Das Diagnosealter beträgt bei beiden Geschlechtern ca. 41 Monate. Sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen ist die Ursache für die Sprachbehinderung meist unbekannt.

Tabelle 47 Verteilung der soziodemografischen Variablen von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Jungen ($N = 55$) und Mädchen ($N = 18$)

Merkmal		Jungen	Mädchen	Chi ² , df, p
Alter in Monaten	Ø	97.56	98.28	$t = -.142$
		SD 18.12	SD 19.92	$p \leq .888$
Alter in Jahren	5 Jahre	3 (5.5 %)	0 (0.0 %)	Chi ² = 9.70
	6 Jahre	10 (18.2 %)	3 (16.7 %)	df = 7
	7 Jahre	13 (23.6 %)	8 (44.4 %)	$p \leq .206$
	8 Jahre	15 (27.3 %)	3 (16.7 %)	
	9 Jahre	6 (10.9 %)	2 (11.1 %)	
	10 Jahre	7 (12.7 %)	0 (0.0 %)	
	11 Jahre	0 (0.0 %)	1 (5.6 %)	
	12 Jahre	1 (1.8 %)	1 (5.6 %)	
Nationalität	deutsch	51 (92.7 %)	16 (88.9 %)	Chi ² = 0.98
	andere	1 (1.8 %)	0 (0.0 %)	df = 2
	deutsch und andere	3 (5.5 %)	2 (11.1 %)	$p \leq .612$
Geburtsland	Deutschland	51 (92.7 %)	18 (100 %)	Chi ² = 1.39
	anderes	4 (7.3 %)	0 (0.0 %)	df = 1
				$p \leq .566$
Muttersprache	deutsch	40 (72.7 %)	12 (66.7 %)	Chi ² = 0.24
	andere	15 (27.3 %)	6 (33.3 %)	df = 1
				$p \leq .765$
Zweisprachigkeit	nein	37 (68.5 %)	12 (66.7 %)	Chi ² = 0.02
	ja	17 (31.5 %)	6 (33.3 %)	df = 1
				$p \leq 1.000$
Position in der Geschwisterreihe	1	26 (47.3 %)	7 (38.9 %)	Chi ² = 5.81
	2	19 (34.5 %)	11 (61.1 %)	df = 4
	3	6 (10.9 %)	0 (0.0 %)	$p \leq .214$
	4	3 (5.5 %)	0 (0.0 %)	
	5	1 (1.8 %)	0 (0.0 %)	

Merkmal		Jungen	Mädchen	Chi ² , df, p
Förderung	nein	24 (43.6 %)	4 (22.2 %)	Chi ² = 2.63
	ja	31 (56.4 %)	14 (77.8 %)	df = 1 p ≤ .162
Logopädie	nein	31 (56.4 %)	7 (38.9 %)	Chi ² = 1.66
	ja	24 (43.6 %)	11 (61.1 %)	df = 1 p ≤ .278
Ergotherapie	nein	42 (76.4 %)	12 (66.7 %)	Chi ² = 0.66
	ja	13 (23.6 %)	6 (33.3 %)	df = 1 p ≤ .537
Diagnosealter in Monaten	Ø	40.43	42.31	t = -.423
	SD	14.84	17.02	p ≤ .674
Genetische Ursache	nein	47 (88.7 %)	17 (94.4 %)	Chi ² = 0.50
	ja	6 (11.3 %)	1 (5.6 %)	df = 1 p ≤ .670
Komplikationen vor, während oder nach der Geburt	nein	44 (83.0 %)	14 (77.8 %)	Chi ² = 0.25
	ja	9 (17.0 %)	4 (22.2 %)	df = 1 p ≤ .726
Ursache unbekannt	nein	25 (47.2 %)	7 (38.9 %)	Chi ² = 0.37
	ja	28 (52.8 %)	11 (61.1 %)	df = 1 p ≤ .594
Sonstige Ursache	nein	40 (75.5 %)	14 (77.8 %)	Chi ² = 0.04
	ja	13 (24.5 %)	4 (22.2 %)	df = 1 p ≤ 1.000

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

Eltern

An der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache füllten 71 Mütter und 63 Väter die Fragebögen aus. Das Durchschnittsalter der Väter beträgt 41 Jahre, das der Mütter 37 Jahre (Tabelle 48). Damit sind die Väter deutlich älter als die Mütter. Sowohl die Mütter als auch die Väter besitzen mehrheitlich die deutsche Staatsbürgerschaft und sind in Deutschland geboren. Jeweils 40 % der Mütter legten den Realschulabschluss bzw. die mittlere Reife oder das Abitur/Fachabitur ab. Bei den Vätern können 47 % einen Realschulabschluss und 32 % die allgemeine bzw. fachspezifische Hochschulreife vorweisen. Mehr Mütter (19 %) als Väter (8 %) haben keine Ausbildung abgeschlossen. Die Väter arbeiten mit 38 Stunden signifikant mehr Stunden pro Woche als die Mütter (24 Stunden). Alleinerziehend sind 8 % der Väter und 20 % der Mütter der Stichprobe.

90 % der Väter und Mütter leben in einer festen Partnerschaft. Sowohl die Mütter als auch Väter haben meistens zwei oder drei Kinder. Ausreichend unterstützt in der Erziehung des Kindes fühlen sich 90 % der Väter und 80 % der Mütter. Die Mehrheit der Mütter und Väter fühlt sich in der Erziehung ihres Kindes mittelmäßig beansprucht. Mehr als doppelt so viele Mütter wie Väter geben an, sich in der Erziehung des Kindes stark beansprucht zu fühlen.

Tabelle 48 *Verteilung der soziodemografischen Variablen von Vätern (N = 63) und Müttern (N = 71) sprachentwicklungsgestörter Kinder*

Merkmal		Väter	Mütter	Chi ² , df, p
Alter in Jahren	Ø	41.34	37.39	t = 3.963
		SD 6.092	SD 5.486	p ≤ .000
Nationalität	deutsch	52 (81.3 %)	58 (81.7 %)	Chi ² = 0.00
	andere	12 (18.8 %)	13 (18.3 %)	df = 1 p ≤ .948
Geburtsland	Deutschland	40 (63.5 %)	48 (67.6 %)	Chi ² = 0.25
	anderes	23 (36.5 %)	23 (32.4 %)	df = 1 p ≤ .617
Schulabschluss	keinen	1 (1.6 %)	2 (2.9 %)	Chi ² = 1.20
	Hauptschulabschluss	12 (19.4 %)	12 (17.1 %)	df = 3
	Realschulabschluss/ mittlere Reife	29 (46.8 %)	28 (40.0 %)	p ≤ .752
	Abitur/Fachabitur	20 (32.3 %)	28 (40.0 %)	
Abgeschlossene Ausbildung	nein	5 (8.1 %)	13 (18.8 %)	Chi ² = 3.20
	ja	57 (91.9 %)	56 (81.2 %)	df = 1 p ≤ .074
Arbeitsstunden pro Woche		MW 37.90	MW 24.20	t = 7.219
		SD 7.510	SD 10.295	p ≤ .000
Alleinerziehend	nein	58 (92.0 %)	57 (80.3 %)	Chi ² = 2.85
	ja	5 (7.9 %)	14 (19.7 %)	df = 1 p ≤ .091
Partnerschaft	nein	6 (9.4 %)	7 (10.0 %)	Chi ² = 0.02
	ja	58 (90.6 %)	63 (90.0 %)	df = 1 p ≤ .903

Merkmal		Väter	Mütter	Chi ² , df, p
Kinderanzahl	1	8 (12.6 %)	9 (12.7 %)	Chi ² = 0.76
	2	32 (50.7 %)	34 (47.9 %)	df = 4
	3	12 (19.0 %)	17 (23.9 %)	p ≤ .943
	4	8 (12.6 %)	8 (11.3 %)	
	5	3 (4.7 %)	3 (4.2 %)	
Ausreichend unterstützt	nein	6 (9.9 %)	14 (20.0 %)	Chi ² = 2.60
	ja	55 (90.2 %)	56 (80.0 %)	df = 1 p ≤ .107
Beanspruchung in der Erziehung	nicht	4 (6.6 %)	2 (2.8 %)	Chi ² = 8.75
	gering	11 (18.0 %)	8 (11.3 %)	df = 3
	mittelmäßig	37 (60.7 %)	35 (49.3 %)	p ≤ .033
	stark	9 (14.8 %)	26 (36.6 %)	

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse p ≤ .05 signifikant.

3.2.2 Sozial-emotionale Entwicklung

Zur Erfassung der sozial-emotionalen Entwicklung wurde der SDQ eingesetzt. Dieser wurde von den Müttern (M), Vätern (V) und Klassenlehrerinnen (L) des Kindes ausgefüllt. Nach der Darstellung von Häufigkeiten wird mithilfe von t-Tests für unabhängige Stichproben der Einfluss der soziodemografischen Variablen „Geschlecht“, „unvollständige Elternschaft“, „Migrationshintergrund“ und „Bildungshintergrund der Eltern“, geprüft da verschiedene Studien einen Zusammenhang mit diesen Merkmalen belegen (vgl. Hölling et al. 2007; Ravens-Sieberer et al. 2007). Zusätzlich wird analysiert, ob sich die Ausprägung und Art der Sprachbehinderung auf das Abschneiden im SDQ auswirken (vgl. Baker & Cantwell 1982; Snowling et al. 2006; Suchodoletz & Keiner 1998).

In Tabelle 49 ist der relative Anteil (%) von SSES-Kindern mit unauffälliger oder grenzwertiger/auffälliger sozial-emotionaler Entwicklung dargestellt. Nach der Bewertung der Mütter liegen bei über 50 % der spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kinder keine altersentsprechenden sozial-emotionalen Fähigkeiten vor. Es dominieren emotionale Probleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und Hyperaktivität. Die ge-

ringsten Auffälligkeiten beobachten die Mütter im prosozialen Verhalten und den Verhaltensauffälligkeiten.

Sowohl die Väter als auch die Klassenlehrerinnen der Kinder bewerten die sozial-emotionale Entwicklung der SSES-Kinder in knapp 40 % der Fälle als grenzwertig und auffällig. Die Väter sehen Probleme mit Gleichaltrigen als den größten Problembereich der Kinder an, gefolgt von Hyperaktivitätsproblemen und emotionalen Problemen. Nach der Auffassung der Väter liegen, wie nach der Bewertung der Mütter, im Verhalten und den prosozialen Fähigkeiten die geringsten Schwierigkeiten der Kinder.

Hyperaktivitätsprobleme stellen nach der Bewertung der Lehrerinnen den größten Problembereich der Kinder dar. Die Häufigkeiten an Kindern mit grenzwertigen und auffälligen Werten unterscheiden sich in den übrigen Bereichen kaum.

Tabelle 49 *Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern mit unauffälliger, grenzwertiger und auffälliger sozial-emotionaler Entwicklung getrennt nach Mütter (M) (N = 71)-, Väter (V) (N = 63)- und Lehrerinnenangaben (L) (N = 72)*

Skalen SDQ	unauffällig			grenzwertig und auffällig		
	M	V	L	M	V	L
Gesamtproblemwert	47.9 %	63.5 %	62.0 %	51.1 %	36.5 %	38.0 %
Emotionale Probleme	63.4 %	73.0 %	77.8 %	36.6 %	27.0 %	22.2 %
Verhaltensauffälligkeiten	77.5 %	77.8 %	75.0 %	22.5 %	22.2 %	25.0 %
Hyperaktivität	66.2 %	69.8 %	64.8 %	33.8 %	30.2 %	35.2 %
Probleme mit Gleichaltrigen	63.4 %	66.7 %	76.4 %	36.6 %	33.3 %	23.6 %
Prosoziales Verhalten	88.7 %	84.1 %	74.6 %	11.3 %	15.9 %	25.4 %

Mütter, Väter und Lehrerinnen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Bewertung der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes nur in der Skala „prosoziales Verhalten“ signifikant voneinander (Tabelle A. 6). Die Lehrerinnen bewerten das prosoziale Verhalten der Kinder signifikant besser als die Mütter ($p \leq .000$) und Väter ($p \leq .003$).

Weder bei der Befragung der Mütter (Tabelle A. 7) noch bei der Befragung der Väter (Tabelle A. 8) oder Lehrerinnen (Tabelle A. 9) stellen sich im SDQ signifikante Unterschiede zwischen sprachentwicklungsgestörten Jungen und Mädchen ein. Über alle Skalen, mit Ausnahme der Skala „Emotionale Probleme“ in der Stichprobe der Väter und Lehrerinnen, liegen die Mittelwerte der Jungen über den Mittelwerten der Mädchen (Tabelle A. 7, Tabelle A. 8, Tabelle A. 9).

Alleinerziehende Mütter schreiben ihren Kindern geringere sozial-emotionale Fähigkeiten zu als Mütter, die gemeinsam mit ihrem Partner für die Erziehung des Kindes verantwortlich sind (Tabelle A. 10). Im Gesamtproblemwert erreichen die Kinder al-

leinerziehender Mütter signifikant höhere Auffälligkeitswerte ($t(69) = 2.702, p \leq .009$). Auch im Urteil der Klassenlehrerinnen liegt der Gesamtproblemwert von Kindern alleinerziehender Mütter signifikant über dem Gesamtproblemwert von Kindern, die mit beiden Elternteilen aufwachsen ($t(68) = 2.715, p \leq .008$, Tabelle A. 11).

Kinder mit Migrationshintergrund weisen nach der Bewertung der Mütter signifikant geringere Hyperaktivitätsprobleme auf als Kinder ohne Migrationshintergrund ($t(69) = -2.895, p \leq .005$). Die Väter und Klassenlehrerinnen der Kinder sehen hingegen keine Unterschiede in der sozial-emotionalen Entwicklung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund.

Der Bildungshintergrund der Eltern hat weder auf die Bewertung der Mütter und Väter noch auf die Bewertung der Klassenlehrerinnen einen Einfluss (Tabelle A. 12, Tabelle A. 13, Tabelle A. 14, Tabelle A. 15).

Auch die Ausprägung und Art der Sprachbehinderung haben bei den Müttern und Vätern keinen Einfluss auf das Abschneiden im SDQ (Tabelle A. 16, Tabelle A. 17). Nur bei dem SDQ der Lehrerinnen stellt sich zwischen dem Sprachverständnis und dem prosozialem Verhalten ein signifikanter Zusammenhang ein ($p \leq .004$, Tabelle A. 18). Je besser die rezeptiven Fähigkeiten eines Kindes entwickelt sind, desto prosozialer wird sein Verhalten von der Klassenlehrerin eingeschätzt.

3.2.3 Elterliches Belastungserleben

Das Eltern-Belastungs-Inventar wurde zur Überprüfung des elterlichen Belastungserlebens eingesetzt. Nach der deskriptiven Analyse und Darstellung der Ergebnisse für die gesamte Stichprobe werden als mögliche Einflussfaktoren das Alter und Geschlecht des Kindes, das Alter der Mutter bzw. des Vaters, die Schulbildung und unvollständige Elternschaft untersucht (vgl. Bock et al. 2007; Gräbel et al. 2007; Rudolph et al. 2004; Schauning et al. 2004).

Tabelle 50 zeigt die Ergebnisse des Vergleichs im Belastungserleben (EBI) zwischen Müttern und Vätern spezifisch sprachentwicklungsgestörter Kinder. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur kommt es zu signifikanten Unterschieden zwischen Müttern und Vätern sprachbehinderter Kinder im Kindbereich in der Subskala „Anforderung“ und im Elternbereich in den Subskalen „Gesundheit“ und „Persönliche Einschränkungen“ (Tabelle 50). Mütter sprachbehinderter Kinder fühlen sich einer höheren direkten Belastung durch das Kind ausgesetzt als die Väter. Auch sind die Mütter stär-

ker als die Väter in ihrer körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Die Einschränkungen umfassen nicht nur das gesundheitliche Wohlergehen, sondern auch den Bereich der persönlichen Lebensführung (Tabelle 50).

In den Teilskalen stellen sich signifikante Unterschiede zuungunsten der Mütter im Elternbereich (sowohl mit als auch ohne Berücksichtigung der Subskala Partnerbeziehung) und in der EBI-Gesamtskala (ohne Berücksichtigung der Subskala Partnerbeziehung) ein. Mütter sind einer größeren Belastung ausgesetzt und empfinden größere Beeinträchtigungen im elterlichen Funktionsbereich, als die Väter (Tabelle 50).

Tabelle 50 Mittelwerte, Standardabweichungen, *t*-Werte und Signifikanz-Werte des EBI von Eltern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache getrennt nach Müttern (*N* = 71) und Vätern (*N* = 63)

EBI		MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Kindbereich					
Hyperaktivität	Väter	10.92	3.93	-.976	.331
	Mütter	11.61	4.16		
Stimmung	Väter	8.35	4.45	-.609	.543
	Mütter	8.80	4.17		
Akzeptierbarkeit	Väter	9.76	3.82	-2.154	.033
	Mütter	11.23	4.02		
Anforderung	Väter	10.13	4.03	-2.994	.003
	Mütter	12.20	3.96		
Anpassungsfähigkeit	Väter	9.29	4.26	-1.023	.308
	Mütter	10.03	4.14		
Elternbereich					
Elterliche Bindung	Väter	8.68	3.56	-1.040	.300
	Mütter	9.32	3.57		
Soziale Isolation	Väter	7.25	3.92	-2.312	.022
	Mütter	9.00	4.72		
Elterliche Kompetenz	Väter	8.41	3.72	-2.394	.018
	Mütter	10.06	4.17		
Depression	Väter	10.43	4.02	-2.540	.012
	Mütter	12.17	3.91		
Gesundheit	Väter	7.19	4.02	-3.131	.002
	Mütter	9.49	4.44		
Persönliche Einschränkungen	Väter	7.87	3.73	-2.883	.005
	Mütter	9.97	4.59		

EBI		MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Elternbereich					
Partnerbeziehung	Väter	10.15	4.62	.458	.648
	Mütter	9.78	4.49		
Teilskalen					
KB-Gesamt	Väter	48.44	17.58	-1.817	.072
	Mütter	53.86	16.89		
EB-Gesamt	Väter	60.22	21.44	-2.081	.039
	Mütter	68.75	24.30		
EB-Gesamt ohne PB	Väter	49.84	17.85	-2.985	.003
	Mütter	60.01	21.19		
EBI-Gesamt	Väter	109.10	36.92	-1.920	.057
	Mütter	122.10	38.84		
EBI-Gesamt ohne PB	Väter	98.29	33.30	-2.601	.010
	Mütter	113.87	35.75		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind im Kindbereich alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant, im Elternbereich alle Ergebnisse $p \leq .007$ sowie in den Teilskalen alle Ergebnisse $p \leq .05$.

Bezieht man soziodemografische Merkmale in die Analyse ein, zeigt sich, dass sich weder bei den Müttern noch bei den Vätern der Bildungshintergrund auf die Ergebnisse im EBI auswirkt (Tabelle A. 19, Tabelle A. 20). Geschlecht und Alter des Kindes sind für das elterliche Belastungserleben unbedeutsam (Tabelle A. 21, Tabelle A. 22). Das eigene Alter bzw. Alter des Kindes spielen für das mütterliche und väterliche Belastungserleben keine Rolle (Tabelle A. 23, Tabelle A. 24). Der Faktor „unvollständige Elternschaft“ führt bei den Müttern zu signifikanten Unterschieden. Kinder alleinerziehender Mütter können sich weniger gut an neue Situationen anpassen (Skala „Anpassungsfähigkeit“) als Kinder, die mit Mutter und Vater aufwachsen ($t(69) = 7.262$, $p \leq .007$, Tabelle A. 25). Im Elternbereich weisen alleinerziehende Mütter auf den Subskalen „Soziale Isolation“ ($t(69) = 2.776$, $p \leq .007$) und „Gesundheit“ ($t(69) = 3.225$, $p \leq .002$) sowie in den Teilskalen „Kindbereich“ ($T(69) = 2.155$, $p < .035$) und „Elternbereich“ ($t(69) = 2.685$, $p \leq .009$) ein signifikant schlechteres Befinden auf als die in einer Partnerschaft lebenden Mütter. Auch in der Gesamtskala schneiden alleinerziehende Mütter signifikant schlechter ab ($t(69) = 2.621$, $p \leq .011$, Tabelle A. 25).

3.2.4 Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten

Zur Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern wurde der CCC-2 von den Klassenlehrerinnen der teilnehmenden Schüler ausgefüllt. Die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten werden nach der deskriptiven Analyse und Darstellung der Häufigkeiten in Abhängigkeit von den Faktoren „Bildungsniveau der Eltern“ und „unvollständige Elternschaft“ analysiert (vgl. Bishop 1997; Stanton-Chapman et al. 2002; Wurst 1992).

In Abbildung 16 ist der relative Anteil (%) von Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen und überdurchschnittlichen pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten dargestellt.

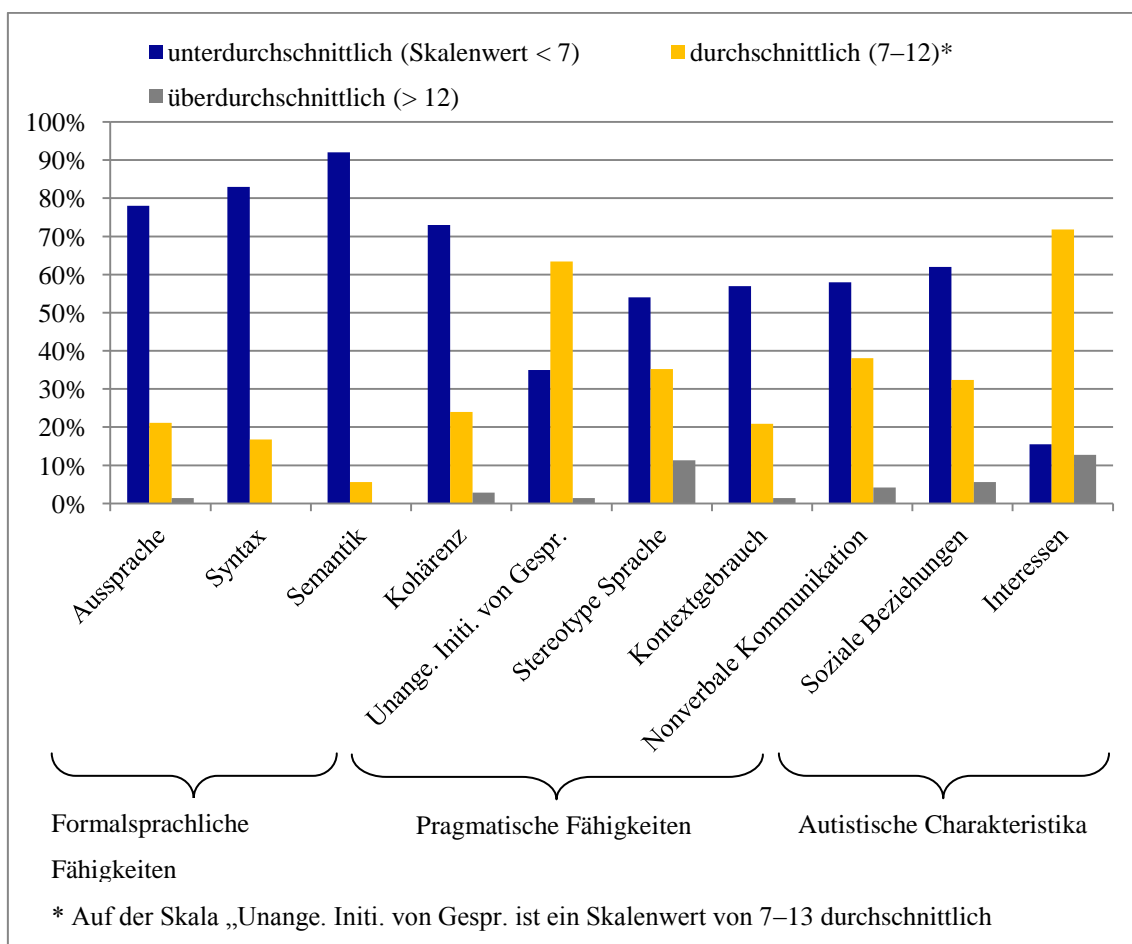


Abbildung 16. Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen bzw. überdurchschnittlichen pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten (N = 71)

Mit Ausnahme der Skalen „Unangemessenes Initiieren von Gesprächen“ und „Interessen“ dominieren in allen Skalen der CCC-2 die Kinder mit unterdurchschnittlichen Fähigkeiten. Der größte Problembereich der Kinder liegt dabei in den formalsprachlichen

Fähigkeiten und hier im Bereich „Semantik“ (Abbildung 16). Die geringsten Kompetenzen im pragmatischen Bereich finden sich in der Skala „Kohärenz“, während den Kindern das Initiieren von Gesprächen am besten gelingt. In den beiden Skalen zur Aufdeckung autistischer Charakteristika zeigen über 60 % der Kinder Störungen in den sozialen Beziehungen. Nur bei knapp 15 % der Kinder liegen beschränkte und auf Spezialthemen fokussierte Interessen vor.

Die Abbildung 17 zeigt den relativen Anteil (%) von Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Leistungen im General Communication Composite Score (GCC). Im GCC erreichen über 85 % der Kinder einen nicht altersentsprechenden Gesamtwert.

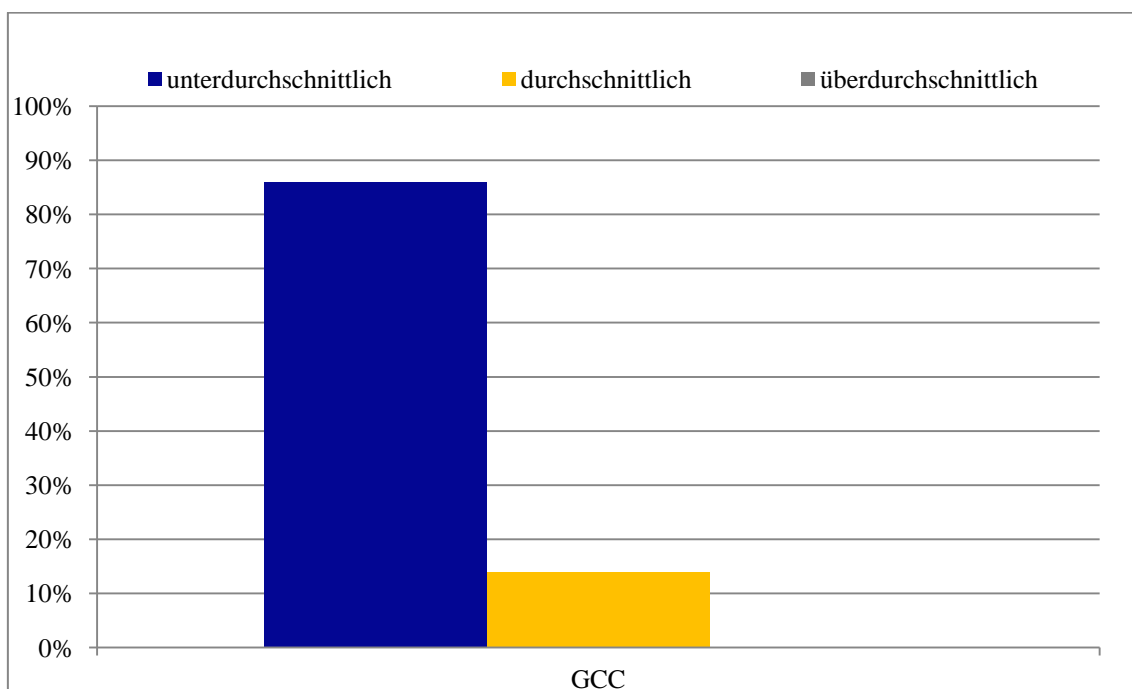


Abbildung 17. Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen bzw. überdurchschnittlichen Leistungen im Pragmatic-Gesamtscore und GCC (N = 71)

Abbildung 18 zeigt das Abschneiden der Kinder im Social Interaction Deviance Score (SIDC). Der SIDC liefert Hinweise, ob das Störungsprofil der Kinder eher dem von Kindern mit pragmatisch-kommunikativen Störungen (PKS) bzw. der Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und Asperger entspricht oder dem von Kindern mit typischen spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES). Die Mehrheit der Untersuchungsgruppe (61 %) erfüllt die Kriterien für eine typische spezifische Sprachentwicklungsstörung, während 14 % der Kinder eher dem Profil von Kindern mit PKS/ASS oder Asperger entsprechen. 25 % der Kinder sind Grenzfälle. Sie erfüllen weder die Kriterien für eine typische SSES noch die Kriterien für PKS/ASS/Asperger (Abbildung 18).

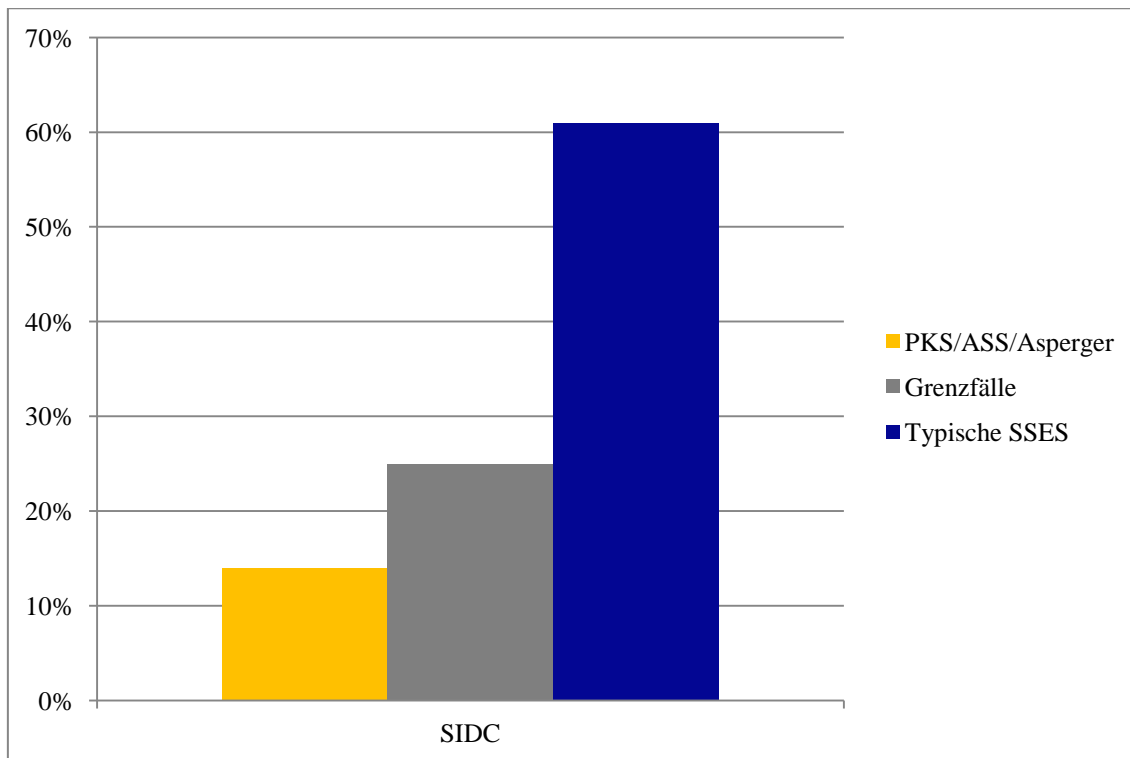


Abbildung 18. Relativer Anteil (%) von Kindern mit PKS/ASS/Asperger, typischer SSES und Grenzfällen

Wie in der Normierungsstichprobe der CCC-2 (Bishop 2003) werden im Folgenden die Ergebnisse auf Grundlage der Störungsprofile (PKS, Grenzfälle, SSES) differenziert betrachtet (Tabelle 51). Neben dem GCC werden die Rohwerte der Skalen „Kohärenz“, „Unangemessenes Initiieren von Gesprächen“, „Stereotype Sprache“, „Kontextgebrauch“ und „Nonverbale Kommunikation“ zu einem Pragmatik-Gesamtwert und die Rohwerte „Aussprache“, „Syntax“ und „Semantik“ zu einem Sprach-Gesamtwert addiert und in die Analyse einbezogen.^{89 90} In den Skalen „Aussprache“, „Kohärenz“, „Unangemessenes Initiieren von Gesprächen“, „Stereotype Sprache“, „Kontextgebrauch“, „Nonverbale Kommunikation“ und „Pragmatik“ können keine signifikanten Gruppenunterschiede beobachtet werden (Tabelle 51). In der Skala „Syntax“ zeigen die SSES-Kinder im Vergleich zu den PKS-Kindern und Grenzfällen signifikant mehr Defizite. Auch in der Skala Semantik erreichen die Kinder mit typischen spezifischen Sprachentwicklungsstörungen signifikant höhere Auffälligkeitswerte als die Kinder mit pragmatischen Kommunikationsstörungen. Bei den sozialen Beziehungen und den Interessen schneiden die Kinder mit PKS hingegen signifikant schlechter ab als die Kinder

⁸⁹ Die Rohwerte erfassen die Schwächen der Kinder, d. h. je höher der Wert, desto größer die Defizite des Kindes.

⁹⁰ Die CCC-2 sieht ausschließlich die Berechnung des General Communication Composite Score vor. Um differenzierte Aussagen über die pragmatischen Fähigkeiten treffen zu können, wurde informell der Pragmatik-Gesamtscore berechnet. Zudem wurde aus den Subtests zur Überprüfung der formalsprachlichen Fähigkeiten ein Sprach-Gesamtscore gebildet.

mit SSES. Im GCC liegt der Auffälligkeitswert der Kinder mit typischen Sprachentwicklungsstörungen signifikant über dem Auffälligkeitswert der Kinder mit pragmatischen Kommunikationsstörungen. Im Sprach-Gesamtwert stellen sich zwischen allen drei Gruppen signifikante Unterschiede ein. Die PKS-Kinder zeigen signifikant bessere Fähigkeiten auf den Skalen „Aussprache“, „Syntax“ und „Semantik“ als die Grenzfälle und Kinder mit SSES. Die letzteren beiden Subgruppen unterscheiden sich ebenfalls signifikant voneinander. Die SSES-Kinder erreichen signifikant höhere Auffälligkeitswerte als die Grenzfälle.

Tabelle 51 *Gruppenvergleiche mittels Post-hoc-Tests für die Rohwerte der Sub- und Teilskalen der CCC-2 getrennt nach PKS (N = 10), Grenzfällen (N = 18) und SSES (N = 43)*

Variable	Störungsprofil	Störungsprofil	Mittelwert-differenz	Standard-fehler	Signifi-kanz
Aussprache	Grenzfälle	PKS	4.689	1.988	.021
	PKS	SSES	-7.509	1.770	.000
	SSES	Grenzfälle	2.820	1.415	.050
Syntax	Grenzfälle	PKS	1.622	1.605	.316
	PKS	SSES	-5.935	1.429	.000
	SSES	Grenzfälle	4.313	1.142	.000
Semantik	Grenzfälle	PKS	2.467	1.055	.022
	PKS	SSES	-4.044	.939	.000
	SSES	Grenzfälle	1.578	.751	.039
Kohärenz	Grenzfälle	PKS	.556	1.543	.720
	PKS	SSES	-2.640	1.373	.059
	SSES	Grenzfälle	2.084	1.098	.062
Unangemessenes Initiieren von Gesprächen	Grenzfälle	PKS	2.133	1.815	.244
	PKS	SSES	-.463	1.616	.775
	SSES	Grenzfälle	-1.671	1.292	.200
Stereotype Sprache	Grenzfälle	PKS	.356	.999	.723
	PKS	SSES	-.440	.889	.623
	SSES	Grenzfälle	.084	.711	.906
Kontextgebrauch	Grenzfälle	PKS	.867	1.509	.568
	PKS	SSES	-1.421	1.343	.294
	SSES	Grenzfälle	.554	1.074	.607

Variable	Störungsprofil	Störungsprofil	Mittelwert- differenz	Standard- fehler	Signifi- kanz
Nonverbale Kommunikation	Grenzfälle	PKS	–.878	1.596	.584
	PKS	SSES	1.833	1.421	.201
	SSES	Grenzfälle	–.955	1.136	.404
Soziale Beziehun- gen	Grenzfälle	PKS	–1.500	1.338	.266
	PKS	SSES	3.442	1.191	.005
	SSES	Grenzfälle	–1.942	.953	.045
Interessen	Grenzfälle	PKS	–.433	.970	.656
	PKS	SSES	2.844	.863	.002
	SSES	Grenzfälle	–2.411	.690	.001
GCC	Grenzfälle	PKS	11.811	8.586	.173
	PKS	SSES	–20.619	7.643	.009
	SSES	Grenzfälle	8.807	6.111	.154
Pragmatik	Grenzfälle	PKS	3.033	5.550	.587
	PKS	SSES	–3.130	4.941	.528
	SSES	Grenzfälle	.097	3.951	.981
Sprache	Grenzfälle	PKS	8.778	3.612	.018
	PKS	SSES	–17.488	3.215	.000
	SSES	Grenzfälle	8.711	2.571	.001

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind in den Subskalen alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .005$ und in den Teilskalen alle Ergebnisse $p \leq 0.05$ signifikant.

Berücksichtigt man soziodemografische Merkmale zeigt sich, dass das Geschlecht des Kindes weder einen signifikanten Einfluss auf die verschiedenen Skalen der CCC-2, noch auf den Pragmatik-Gesamtwert, den GCC oder SIDC hat (Tabelle A. 26).

Im t-Test für unabhängige Stichproben ergeben sich signifikante Effekte bezüglich des Bildungsstandes der Mutter (kein/Hauptschulabschluss oder Realschulabschluss/Abitur) (Tabelle 52), aber nicht hinsichtlich des Bildungsstandes des Vaters (Tabelle A. 27). Kinder von Müttern mit höherem Schulabschluss verfügen über signifikant besser pragmatische Fähigkeiten (Pragmatik) sowie allgemeine sprachliche (GCC) und formalsprachliche Kompetenzen (Sprache). Darüber hinaus gelingt Kindern von Müttern mit einem Realschulabschluss oder der allgemeinen bzw. fachbezogenen Hochschulreife die Initiierung von Gesprächen besser.

Tabelle 52 Mittelwerte, Standardwerte, *t*-Werte und Signifikanzwerte (Rohwerte) der CCC-2 getrennt nach Müttern mit Realschulabschluss/Abitur (*N* = 54) und Müttern mit keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (*N* = 14)

	Bildungsniveau der Mutter	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen					
Aussprache	Kein/Haupt.	6.96	5.19	−1.836	.071
	Real./Abitur	10.00	6.76		
Syntax	Kein/Haupt.	5.95	4.37	−2.584	.012
	Real./Abitur	9.43	5.03		
Semantik	Kein/Haupt.	8.35	2.79	−2.586	.012
	Real./Abitur	10.57	3.20		
Kohärenz	Kein/Haupt.	6.55	3.98	−2.734	.008
	Real./Abitur	9.71	3.38		
Unange. Initiieren von Gesprächen	Kein/Haupt.	5.62	3.70	−3.642	.001
	Real./Abitur	10.29	6.13		
Stereotype Sprache	Kein/Haupt.	3.87	2.48	−1.530	.131
	Real./Abitur	5.00	2.39		
Kontextgebrauch	Kein/Haupt.	5.98	3.70	−1.660	.102
	Real./Abitur	7.86	4.06		
Nonverbale Kommunikation	Kein/Haupt.	5.09	3.94	−.976	.332
	Real./Abitur	6.29	4.65		
Soziale Beziehungen	Kein/Haupt.	4.00	2.78	−2.837	.006
	Real./Abitur	6.93	5.41		
Interessen	Kein/Haupt.	4.29	2.59	.177	.860
	Real./Abitur	4.14	3.53		
Teilskalen					
GCC	Kein/Haupt.	48.36	20.85	−3.272	.002
	Real./Abitur	69.14	22.69		
SIDC	Kein/Haupt.	-8.80	12.54	.717	.476
	Real./Abitur	-12.07	23.34		
Pragmatik	Kein/Haupt.	27.11	13.08	−3.038	.003
	Real./Abitur	39.14	13.87		
Sprache	Kein/Haupt.	21.25	9.79	−2.781	.007
	Real./Abitur	30.00	13.08		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind in den Subskalen alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .005$ und in den Teilskalen alle Ergebnisse $p \leq 0.05$ signifikant.

Kinder von alleinerziehenden Müttern sind in der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung nicht benachteiligt (Tabelle A. 28).

3.2.5 Allgemeine sprachliche Fähigkeiten

Zur Überprüfung des allgemeinen Sprachentwicklungsstandes und der Einschlusskriterien der Stichprobe wurde der SET 5–10 mit den spezifisch sprachentwicklungsgestörten Schülern durchgeführt. Als mögliche Einflussfaktoren für die sprachliche Entwicklung werden folgende Faktoren untersucht: Bildungsniveau der Eltern und unvollständige Elternschaft (vgl. Bishop 1997; Stanton-Chapman et al. 2002; Wurst 1992).

In Abbildung 19 findet sich eine Darstellung des relativen Anteils (%) von Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Fähigkeiten im SET 5–10. Die größten Schwierigkeiten der Kinder liegen im Erkennen bzw. der Korrektur von inkorrekten Sätzen. Neben diesen morphologisch-syntaktischen Defiziten liegt ein weiterer Problembereich der Kinder im Wortschatz. 60 % der Kinder zeigen in diesem Untertest keine altersentsprechenden Fähigkeiten, wohingegen das konzeptuelle Wissen bei der Mehrheit der Kinder durchschnittlich entwickelt ist (Untertest Kategorienbildung). Im Bereich der rezeptiven Fähigkeiten verfügt mit einem Prozentsatz von knapp 60 % die Mehrheit der Kinder über durchschnittliche Fähigkeiten im Textverständnis. Größere Schwierigkeiten haben sie demgegenüber im Dekodieren grammatischer Strukturformen und semantischer Relationen (Untertest Handlungssequenzen). Bei knapp der Hälfte der Kinder sind die Fähigkeiten nicht altersentsprechend entwickelt. Die Erzählfähigkeiten sind bei ca. 40 % der Kinder unterdurchschnittlich ausgebildet, wobei knapp 30 % der Kinder in diesem Untertest überdurchschnittliche Fähigkeiten zeigen. Im morphologisch-syntaktischen Bereich fallen neben den Störungen im impliziten/expliciten Sprachwissen (Untertest Erkennen/Korrektur inkorrektur Sätze) die Schwierigkeiten zur Bildung eines semantisch und syntaktisch korrekten Satzes auf (Untertest Satzbildung). Fast 50 % der Kinder zeigen unterdurchschnittliche Fähigkeiten in diesem Bereich. Die gleiche Anzahl der Kinder erzielt in diesem Untertest allerdings Werte im durchschnittlichen Bereich. Das morphologische Regelwissen ist bei der Mehrheit der Kinder altersentsprechend entwickelt (Untertest Singular-Plural-Bildung).

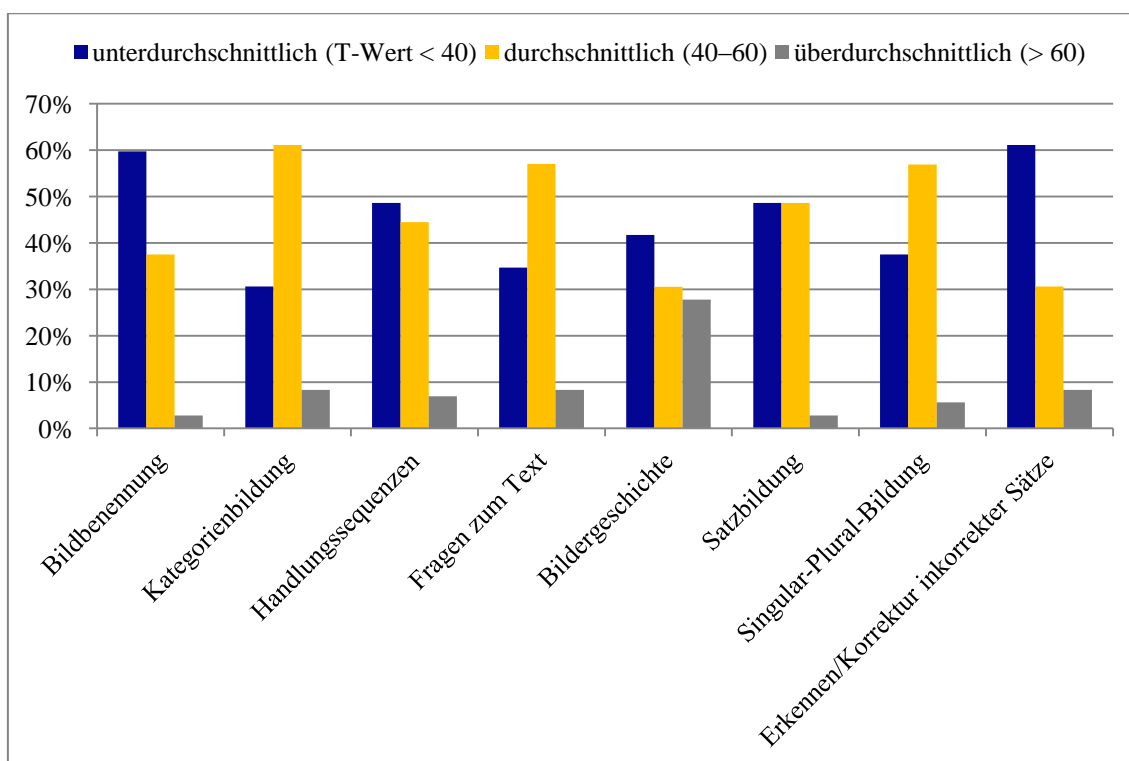


Abbildung 19. Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Fähigkeiten im SET 5–10 (N = 72)

In Tabelle 53 wurden die T-Werte der zwei Untertests einer Sprachebene zusammenge-
nommen und auf Grundlage dessen der relative Anteil (%) von Kindern mit unterdurch-
schnittlichen, durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Fähigkeiten berechnet. Die
größten Defizite stellen sich in den morphologisch-syntaktischen Kompetenzen ein.
50 % der Kinder verfügen nur über unterdurchschnittliche morphologisch-syntaktische
Kompetenzen. Von Auffälligkeiten im rezeptiven Bereich sind 47 % der Kinder betrof-
fen. Semantisch-lexikalische Störungen liegen bei 44 % der Kinder vor sowie bei 42 %
Störungen im Bereich der Sprachproduktion.

Tabelle 53 *Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Fähigkeiten auf den einzelnen sprachlichen Ebenen des SET 5–10 (N = 72)*

Sprachebene	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
Semantik/Lexikon	44.4 %	52.8 %	2.8 %
Sprachverständnis	47.2 %	41.7 %	11.1 %
Sprachproduktion	41.7 %	38.9 %	19.4 %
Morphologie/Syntax	50.0 %	43.1 %	6.9 %

Berücksichtigt man soziodemografische Merkmale zeigt sich, dass das Geschlecht des
Kindes für die sprachlichen Fähigkeiten unbedeutsam ist (Tabelle A. 29). Bezüglich des

Schulabschlusses der Mutter ergeben sich im Untertest „Bildergeschichte“ ($f(67) = 3.31, p \leq .002$) und dem SET-Gesamtwert ($f(61) = 2.65, p \leq .010$) signifikante Effekte zuungunsten der Kinder von Müttern mit keinem Schulabschluss oder einem Hauptschulabschluss (Tabelle A. 30). Der Schulabschluss des Vaters beeinflusst die sprachlichen Fähigkeiten nicht (Tabelle A. 31), wie auch der Faktor „unvollständige Elternschaft“ (Tabelle A. 32).

3.2.6 Kognitive Fähigkeiten

An der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache wurde zur Überprüfung der Einschlusskriterien neben einem Sprachentwicklungstest ein Intelligenztest durchgeführt. In Abhängigkeit vom Alter des Kindes wurde der CFT 1-R oder CFT 20-R eingesetzt. In Abbildung 20 ist der relative Anteil (%) von Kindern mit durchschnittlichen und überdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten dargestellt. Kinder mit unterdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten wurden zuvor aus der Stichprobe ausgeschlossen, da sie nicht die Kriterien für eine spezifische Sprachentwicklungsstörung erfüllten. Dementsprechend bringen alle Kinder der Probandengruppe mindestens durchschnittliche kognitive Fähigkeiten mit. 86 % der Kinder erreichen durchschnittliche Werte im CFT 1-R oder CFT 20-R sowie 14 % der Kinder überdurchschnittliche Werte. Der Mittelwert liegt bei 99.38 IQ-Wert-Punkten mit einer Standardabweichung von 11.85 IQ-Wert-Punkten.

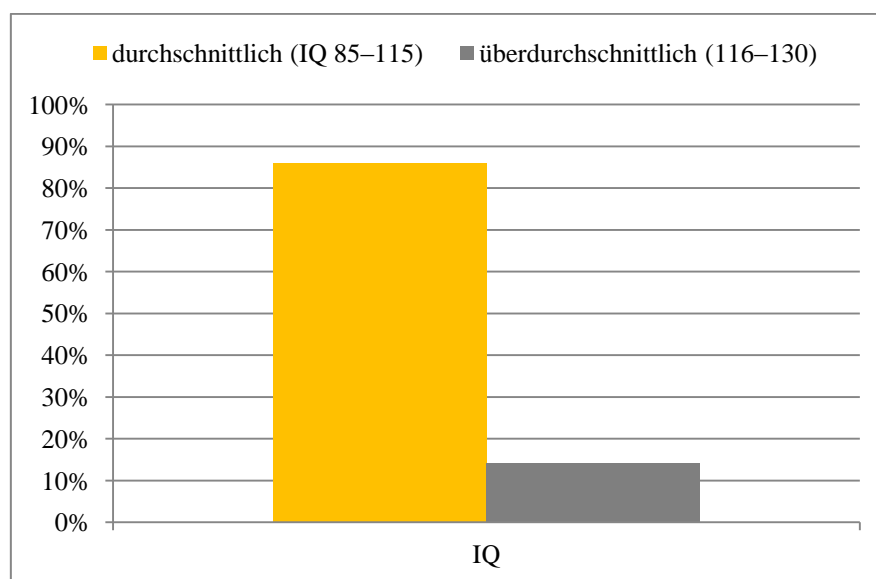


Abbildung 20. Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern ($N = 71$) mit durchschnittlichen und überdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten.

Bezieht man soziodemografische Faktoren in die Analyse ein, zeigt sich, dass der Schulabschluss der Mutter (Tabelle 54) und des Vaters (Tabelle 55) in einem signifikanten Zusammenhang mit den kognitiven Fähigkeiten des Kindes stehen. Die Kinder von Eltern mit einem Realschulabschluss oder (Fach-)Abitur haben signifikant bessere kognitive Fähigkeiten als die Kinder von Eltern mit keinem Abschluss oder einem Hauptschulabschluss.

Tabelle 54 *Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanzwerte des CFT 1-R/CFT 20-R getrennt nach Müttern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 54) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 14)*

Schulabschluss der Mutter		MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
IQ	Real./Abitur	100.67	12.53	2.012	.008
	Kein/Haupt.	93.57	7.89		

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

Tabelle 55 *Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanzwerte des CFT 1-R/CFT 20-R getrennt nach Vätern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 47) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 13)*

Schulabschluss des Vaters		MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
IQ	Real./Abitur	100.53	12.66	2.212	.002
	Kein/Haupt.	92.46	6.39		

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

3.2.7 Zusammenhänge

Zur Überprüfung der in Abbildung 21 dargestellten Arbeitshypothesen wurden zunächst einfache bivariate Korrelationsanalysen durchgeführt.

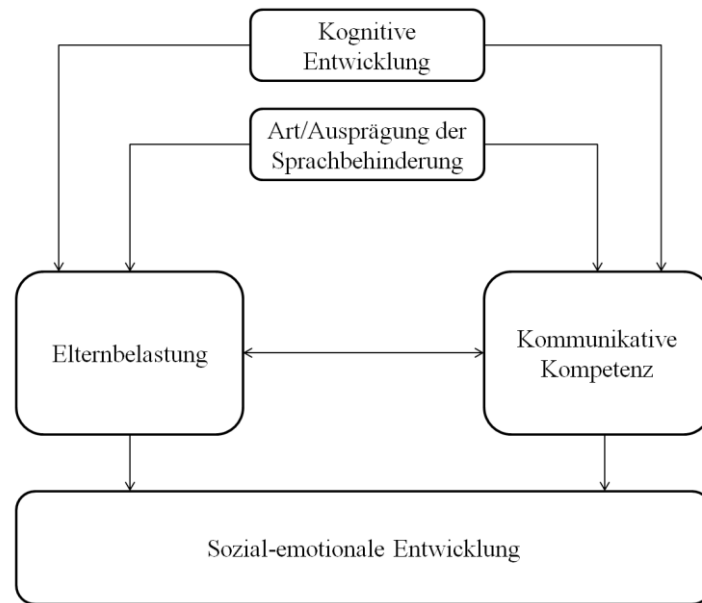


Abbildung 21. Arbeitshypothesen

Für eine erste Überprüfung der Arbeitshypothesen der Untersuchung wurde eine Pearson-Korrelation mit den Hauptvariablen durchgeführt. Für die sozial-emotionale Entwicklung wurde der SDQ-Gesamtwert nach der Bewertung der Mütter (M), Väter (V) und Lehrerinnen (L) verwendet, für das mütterliche und väterliche Belastungserleben der Gesamtwert aus dem EBI-Kindbereich und -Elternbereich, für die pragmatischen Kompetenzen der Gesamtwert „Pragmatik“ aus der CCC-2, für die Ausprägung der Sprachbehinderung der informell gebildete „SET-Gesamtwert“ und für die kognitive Entwicklung der IQ-Wert aus dem CFT 1-R oder CFT 20-R. Die Ergebnisse sind in Tabelle 56 dargestellt. Es zeigt sich, dass das elterliche Belastungserleben im Kind- und Elternbereich sowie die pragmatischen Kompetenzen signifikant mit dem Gesamtwert des SDQ korrelieren. Je stärker das elterliche Belastungserleben und die pragmatischen Defizite ausgeprägt sind, desto geringer fällt die Bewertung der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes durch die Eltern und Lehrerinnen aus.

Zwischen der Ausprägung der Sprachbehinderung (SET-Gesamt) und dem elterlichen Belastungserleben können keine Zusammenhänge beobachtet werden. Die sprachlichen Fähigkeiten korrelieren hingegen signifikant mit den pragmatischen Kompetenzen. Je besser die sprachlichen Fähigkeiten ausgebildet sind, desto bessere pragmatische Kompetenzen liegen beim Kind vor.

Der IQ des Kindes steht sowohl mit dem elterlichen Belastungserleben im Kindbereich als auch mit den pragmatischen Fähigkeiten in einem signifikanten Zusammenhang. Je niedriger der IQ eines Kindes ausfällt, desto mehr stellt das kindliche Verhalten

eine Belastungsquelle für die Eltern dar, und desto geringer sind dessen pragmatische Kompetenzen entwickelt.

Tabelle 56 *Pearson-Korrelation zwischen den Hauptvariablen der Untersuchung*

	SDQ Ges. M	SDQ Ges. V	SDQ Ges. L	EBI KB M	EBI KB V	EBI EB M	EBI EB V	Prag- matik	SET Ges.	IQ Ges.
SDQ Ges. M										
SDQ Ges. V	.788									
SDQ Ges. L	.598	.620								
EBI KB M	.680	.700	.342							
EBI KB V	.581	.746	.480	.771						
EBI EB M	.500	.453	.187	.757	.493					
EBI EB V	.465	.574	.443	.616	.764	.656				
Pragmatik	.396	.464	.566	.249	.387	.172	.423			
SET Ges.	-.029	-.183	-.034	-.116	-.136	-.048	-.062	-.473		
IQ Ges.	-.176	-.212	-.252	-.254	-.266	-.113	-.212	-.379	.209	

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

Nach einer ersten Übersicht werden im Folgenden die Zusammenhänge auf der Grundlage von bivariaten Korrelationsanalysen differenziert analysiert.

1) Zeigen sich Zusammenhänge zwischen dem Belastungserleben von Eltern sprachbehinderter Kinder und der sozial-emotionalen Entwicklung des sprachbehinderten Kindes?

Tabelle 57 zeigt die Ergebnisse aus den bivariaten Korrelationsanalysen zwischen den Teil- und Subskalen des EBI der Mütter und dem SDQ nach der Bewertung der Mütter. Alle Sub- und Teilskalen des EBI korrelieren mit dem SDQ-Gesamtproblemwert. Der höchste Zusammenhang ergibt sich zwischen dem SDQ-Gesamtwert und der Skala „Ablenkbarkeit/Hyperaktivität“ des EBI-Kindbereichs. Je mehr sich die Mütter durch das überaktive und aufmerksamkeitsgestörte Verhalten des Kindes belastet fühlen, desto mehr sozial-emotionale Auffälligkeiten liegen beim Kind vor. Ebenfalls ein hoher Zusammenhang stellt sich zwischen dem Gesamtwert des SDQ und dem Gesamtwert des EBI-Kindbereichs ein. Je mehr das kindliche Verhalten eine Belastungsquelle darstellt, desto stärker sind die sozial-emotionalen Auffälligkeiten beim Kind ausgeprägt. In den Subskalen des Elternbereichs korreliert die Skala „Depression“ am stärksten mit dem

SDQ-Gesamtwert. Je mehr sich die Mütter aufgrund von depressiven Kognitionen und Emotionen eingeschränkt fühlen, desto mehr sozial-emotionale Auffälligkeiten werden dem Kind zugeschrieben.

Neben dem Gesamtwert des SDQ korrelieren die Subskalen des SDQ mit verschiedenen Subskalen des EBI. Die meisten signifikanten Zusammenhänge stellen sich zwischen der Skala „Emotionale Probleme“ des SDQ und den Skalen des EBI ein. Je mehr Belastung die Mütter durch das Verhalten des Kindes erfahren und je mehr sie in ihren elterlichen Funktionsbereichen eingeschränkt sind, desto mehr emotionale Probleme können beim Kind beobachtet werden. Auf Teilskalenebene stellt sich der höchste Korrelationswert zwischen dem Gesamtwert des Kindbereichs und der Skala „Hyperaktivität“ des SDQ ein. Je mehr sich die Mütter durch bestimmte Verhaltensdispositionen und Charakteristika des Kindes belastet fühlen, desto mehr hyperaktives Verhalten kann beobachtet werden.

Tabelle 57 *Pearson-Korrelationen zwischen dem mütterlichen Belastungserleben und dem SDQ der Mütter (N = 71)*

		SDQ Mütter					
		Emotion.	Verhalten.	Hyper.	Gleichaltr.	Prosoz.	SDQ-Ges.
EBI: Kindbereich	Hyperaktiv.	.358	.405	.741	.276	–.208	.681
	Stimmung	.410	.524	.268	.149	–.192	.491
	Akzeptanz	.414	.199	.339	.325	–.183	.479
	Anforder.	.383	.367	.483	.290	–.175	.573
	Anpassung.	.359	.527	.383	.321	–.337	.585
EBI: Elternbereich	Bindung	.410	.216	.243	.083	–.079	.354
	Soz. Isolati.	.542	.167	.234	.359	–.049	.483
	Elt. Komp.	.391	.251	.220	.269	–.161	.417
	Depression	.336	.449	.341	.379	–.224	.554
	Gesundheit	.466	.140	.256	.294	–.032	.432
	Pers. Einsch.	.447	.185	.272	.340	–.089	.463
EBI: Teilskalen	Partnerbez.	.291	.131	.214	.130	–.091	.288
	KB-Gesamt	.466	.492	.536	.329	–.266	.680
	EB-Gesamt	.481	.256	.311	.298	–.128	.500
	EB ohne PB	.523	.275	.312	.352	–.123	.542
	EBI-Gesamt	.496	.376	.433	.319	–.196	.606
	EBI-Gesamt ohne PB	.530	.395	.438	.364	–.198	.643

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur, sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

In Tabelle 58 sind die Korrelationsergebnisse für die Väterstichprobe dargestellt. Wie bei den Müttern korreliert der SDQ-Gesamtproblemwert mit allen Skalen des EBI signifikant. Der höchste Korrelationswert ergibt sich erneut zwischen dem SDQ-Gesamtproblemwert und den Skalen „Hyperaktivität“ und „Kindbereich Gesamt“ des Belastungsinventars. Auf Subskalenebene steht das väterliche Belastungserleben insbesondere mit den Skalen „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“ in einem Zusammenhang. Je mehr sich die Väter in ihrem elterlichen Funktionsbereich einschränkt und durch das kindliche Verhalten belastet fühlen, desto häufiger bemerken die Väter Verhaltens- und Hyperaktivitätsprobleme beim Kind.

Tabelle 58 *Pearson-Korrelationen zwischen dem väterlichen Belastungserleben und dem SDQ der Väter (N = 63)*

		SDQ Väter					
		Emotion.	Verhalten.	Hyper.	Gleichaltr.	Prosoz.	SDQ-Ges.
EBI: Kindbereich	Hyperaktiv.	.410	.597	.756	.262	–.202	.746
	Stimmung	.393	.563	.478	.253	–.276	.611
	Akzeptanz	.492	.430	.482	.383	–.292	.645
	Anforder.	.327	.471	.483	.337	–.252	.586
	Anpassung.	.349	.563	.454	.367	–.330	.622
EBI: Elternbereich	Bindung	.351	.322	.308	.370	–.157	.482
	Soz. Isolati.	.299	.266	.335	.469	–.175	.488
	Elt. Komp.	.289	.406	.333	.393	–.232	.506
	Depression	.334	.289	.344	.180	–.149	.418
	Gesundheit	.325	.204	.323	.341	–.134	.430
	Pers. Einsch.	.208	.311	.293	.399	–.116	.431
EBI: Teilskalen	Partnerbez.	.311	.103	.300	.167	–.079	.322
	KB-Gesamt	.458	.614	.615	.372	–.316	.746
	EB-Gesamt	.400	.349	.407	.462	–.199	.574
	EB ohne PB	.388	.384	.416	.459	–.206	.590
	EBI-Gesamt	.455	.496	.539	.453	–.267	.694
EBI: Teilskalen	EBI Gesamt ohne PB	.449	.530	.548	.443	–.277	.710

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

Der Zusammenhang zwischen dem elterlichen Belastungserleben und den sozial-emotionalen Problemen fällt in der Stichprobe der Väter stärker aus als in der Stichprobe der Mütter.

2) Zeigen sich Zusammenhänge zwischen der kommunikativen Kompetenz des sprachbehinderten Kindes und der sozial-emotionalen Entwicklung?

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen den Sub- und Teilskalen der CCC-2 und dem SDQ der Mütter finden sich in Tabelle 59. Der SDQ-Gesamtwert und der Gesamtscore „Pragmatik“ der CCC-2 stehen in einem signifikanten Zusammenhang. Auf Subskalenebene korreliert der SDQ-Gesamtwert mit den Skalen „Kohärenz“, „Initiierung von Gesprächen“, „Kontextgebrauch“ und „Nonverbale Fähigkeiten“. Je besser die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten eines Kindes entwickelt sind, desto seltener können sozial-emotionale Störungen beobachtet werden. Auch die zwei Skalen zur Aufdeckung autistischer Charakteristika korrelieren signifikant mit dem SDQ-Gesamtwert. Je mehr eingeschränkte Interessen und Auffälligkeiten in den sozialen Beziehungen beobachtet werden können, desto mehr Störungen im sozial-emotionalen Bereich liegen vor. Auch zwischen dem SDQ-Gesamtwert und dem Gesamtscore „Sprache“ stellt sich ein signifikanter Zusammenhang ein, wenngleich dieser, verglichen mit den pragmatischen Kompetenzen, geringer ausfällt.

Die Teilskala „Pragmatik“ korreliert neben dem SDQ-Gesamtwert mit den Skalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“ und „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“. Der stärkste Zusammenhang ergibt sich mit der Skala „Verhaltensprobleme“. Je stärker die pragmatischen Defizite aufseiten des Kindes entwickelt sind, desto mehr Verhaltensprobleme, emotionale Probleme und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen werden dem Kind zugeschrieben.

Auf Subskalenebene können hohe Korrelationswerte zwischen der Skala „Kohärenz“ und der Skala „Verhaltensprobleme“ beobachtet werden. Die Fähigkeit zum Aufbau eines kohärenten Gesprächsbeitrags steht mit der Entwicklung von Verhaltensproblemen in einem Zusammenhang. Außerdem korreliert die Skala „Interessen“ der CCC-2 mit der Skala „Hyperaktivität“ des SDQ. Kinder mit eingeschränkteren Interessen sind häufiger von Hyperaktivitätsproblemen betroffen.

Tabelle 59 *Pearson-Korrelationen zwischen pragmatisch-kommunikativen Defiziten und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Mütter) (N = 69)*

		SDQ Mütter					
		Emotion.	Verhalten.	Hyper.	Gleichaltr.	Prosoz.	SDQ-Ges.
CCC-2:	Aussprache	-.019	.373	.068	.238	-.111	.234
	Syntax	.134	.331	-.010	.204	-.022	.230
	Semantik	.074	.289	.169	.079	.048	.225

		SDQ Mütter				
		Emotion.	Verhalten.	Hyper.	Gleichaltr.	Prosoz. SDQ-Ges.
	Kohärenz	.198	.402	.073	.233	-.117 .323
	Initiierung	.064	.277	.366	.065	-.083 .298
	Stereotyp.	.079	.195	-.049	.232	-.121 .158
	Kontextgeb.	.254	.365	.152	.272	-.205 .380
	Nonverbal	.280	.033	.033	.322	-.125 .248
	Soziale Bez.	.278	.132	.189	.331	-.117 .351
	Interessen	.272	.185	.396	.257	-.373 .429
CCC-2; Teilskalen	GCC	.183	.416	.151	.296	-.134 .380
	SIDC	.109	-.245	.164	.003	-.085 .032
	Pragmatik	.243	.352	.185	.298	-.175 .396
	Sprache	.068	.410	.076	.230	-.053 .278

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

Die Ergebnisse aus der Väterstichprobe finden sich in Tabelle 60. Der SDQ-Gesamtwert korreliert mit Ausnahme der Skala „nonverbale Kommunikation“ mit allen Skalen der CCC-2. Der höchste Korrelationswert stellt sich zur Teilskala „Pragmatik“ ein. Der Gesamtwert „Pragmatik“ korreliert außerdem mit vier von fünf Bereichen des SDQ. Für das prosoziale Verhalten sind die pragmatischen Kompetenzen unbedeutsam. Verglichen mit den formalsprachlichen Kompetenzen, sind die pragmatischen Fähigkeiten für die sozial-emotionale Entwicklung bedeutsamer. Auf Subskalenebene stehen die Fähigkeiten zur Initiierung eines Gesprächs und zum Aufbau eines kohärenten Beitrags mit der Entwicklung von Verhaltensproblemen in einem Zusammenhang. Darüber hinaus gehen geringere phonetisch-phonologische Kompetenzen (Skala Aussprache) mit häufigeren Verhaltensproblemen einher.

Tabelle 60 *Pearson-Korrelationen zwischen pragmatisch-kommunikativen Defiziten und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Väter; N = 61)*

		SDQ Väter				
		Emotion.	Verhalten.	Hyper.	Gleichaltr.	Prosoz. SDQ-Ges.
CCC-2; Subskalen	Aussprache	-.010	.412	.330	.181	-.368 .327
	Syntax	.204	.364	.100	.199	-.063 .299
	Semantik	.252	.366	.296	.158	-.014 .386
	Kohärenz	.331	.411	.248	.274	-.154 .447
	Initiierung	.064	.427	.386	-.003	-.151 .320
	Stereotyp.	.280	.307	.122	.199	-.040 .317

		SDQ Väter					
		Emotion.	Verhalten.	Hyper.	Gleichaltr.	Prosoz.	SDQ-Ges.
	Kontextgeb.	.263	.353	.168	.355	–.150	.398
	Nonverbal	.196	.067	.026	.279	–.156	.197
	Soziale Bez.	.259	.203	.254	.274	–.204	.358
	Interessen	.102	.258	.415	.198	–.340	.362
CCC-2: Teilskalen	GCC	.256	.483	.302	.287	–.216	.470
	SIDC	–.065	–.247	–.047	–.076	.017	–.147
	Pragmatik	.305	.433	.271	.302	–.188	.464
	Sprache	.152	.461	.288	.219	–.213	.397

Anmerkung: Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

Die Ergebnisse der Lehrerinnenbefragung weichen nicht von den Ergebnissen aus der Mütter- und Väterbefragung ab. Einzig auf Subskalenebene stellen sich mehr signifikante Zusammenhänge zwischen den Skalen der CCC-2 und des SDQ ein. Wie bei den Vätern, stehen insbesondere die Skalen „Kohärenz“ und „Initiierung“ der CCC-2 mit den Skalen „Verhaltensprobleme“ und „Hyperaktivität“ des SDQ in einem Zusammenhang. Zudem scheinen aber auch die Fähigkeiten zum Gebrauch des Kontextes für die Entwicklung von Verhaltens- und Hyperaktivitätsproblemen relevant zu sein.

Tabelle 61 *Pearson-Korrelationen zwischen pragmatisch-kommunikativen Defiziten und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Lehrerinnen; N = 71)*

		SDQ Lehrerinnen					
		Emotion.	Verhalten.	Hyper.	Gleichaltr.	Prosoz.	SDQ-Ges.
CCC-2: Subskalen	Aussprache	–.056	.295	.345	.053	–.252	.229
	Syntax	–.109	.214	.187	–.082	–.257	.075
	Semantik	.011	.334	.423	–.076	–.149	.255
	Kohärenz	.129	.444	.468	.081	–.383	.403
	Initiierung	.030	.518	.597	.242	–.137	.497
	Stereotyp	.066	.106	.227	.087	–.306	.183
	Kontextgeb	.146	.376	.448	.193	–.383	.424
	Nonverbal	.392	.208	.213	.510	–.487	.469
	Soziale Bez	.304	.311	.343	.661	–.399	.573
	Interessen	.375	.456	.495	.451	–.313	.634

		SDQ Lehrerinnen					
		Emotion.	Verhalten.	Hyper.	Gleichaltr.	Prosoz.	SDQ-Ges.
CCC-2: Teilskalen	GCC	.096	.457	.522	.183	-.420	.453
	SIDC	.273	.009	.015	.449	-.021	.262
	Pragmatik	.213	.482	.557	.320	-.461	.566
	Sprache	-.072	.331	.369	-.028	-.281	.217

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

Vergleicht man die Höhe der Korrelationswerte zwischen den drei Befragungsgruppen, so korrelieren die pragmatischen Kompetenzen mit den sozial-emotionalen Fähigkeiten am stärksten in der Stichprobe der Lehrerinnen, gefolgt von der Stichprobe der Väter. In der Stichprobe der Mütter fällt der Korrelationswert am geringsten aus.

Im Folgenden sollen die Zusammenhänge noch einmal differenziert hinsichtlich des Störungsschwerpunktes der Sprachentwicklungsstörung analysiert werden. Hierzu wurden auf Grundlage des SET 5–10 Untergruppen gebildet⁹¹ und anschließend Pearson-Korrelationen mit dem SDQ-Gesamtproblemwert nach der Bewertung der Lehrerinnen, Mütter, Väter und dem Gesamtwert Pragmatik aus der CCC-2 durchgeführt. Neben semantisch-lexikalischen, morphologisch-syntaktischen und rezeptiven Störungen wurden auf Grundlage des SIDC-Wertes der CCC-2 Kinder mit pragmatischen Kommunikationsstörungen und die Grenzfälle ($SIDC < 9$) in die Analyse einbezogen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 62 dargestellt. Der stärkste Zusammenhang zwischen pragmatisch-kommunikativen und sozial-emotionalen Störungen ergibt sich bei allen drei Befragungsgruppen in der Gruppe der Kinder mit morphologisch-syntaktischen Störungen. In der Stichprobe der Lehrerinnen folgen die Kinder mit PKS bzw. Grenzfälle und rezeptiven Sprachstörungen. Bei den Vätern korrelieren der SDQ-Gesamtwert und der Gesamtwert Pragmatik am zweitstärksten in der Gruppe der Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen, gefolgt von der Gruppe mit PKS bzw. der Grenzfälle. In der Stichprobe der Mütter stellt sich ebenfalls der zweitstärkste Zusammenhang in der Gruppe der Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen ein. Der Zusammenhang zwischen dem SDQ-Gesamtwert und dem Gesamtwert Pragmatik ist in der Gruppe der Kinder mit PKS bzw. der Grenzfälle nicht signifikant.

⁹¹ Hierzu musste auf min. einem der zwei möglichen Untertests einer Sprachebene ein T-Wert < 40 vorliegen.

Tabelle 62 *Pearson-Korrelationen zwischen pragmatisch-kommunikativen Defiziten und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtwert) getrennt nach Störungsschwerpunkten*

Störungsschwerpunkt	Korrelationswert SDQ-Gesamtwert und Gesamtwert Pragmatik		
	Lehrerinnen	Mütter	Väter
Semantisch-lexikalische Störung	.433	.285	.394
Rezeptive Sprachstörung	.533	.433	.469
Morphologisch-syntaktische Störung	.627	.434	.476
PKS + Grenzfälle	.620	.375	.437

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

3) Zeigen sich Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Belastungserleben und der kommunikativen Kompetenz des Kindes?

Tabelle 63 zeigt die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen dem Belastungserleben der Mütter im Kindbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten des Kindes. Zwischen den Skalen der CCC-2 und den Skalen des EBI-Kindbereichs stellen sich wenige signifikante Zusammenhänge ein. Die Skala „Akzeptierbarkeit“ des EBI-Kindbereichs korreliert mit dem Gesamtwert „Pragmatik“. Je mehr Defizite im pragmatisch-kommunikativen Bereich vorliegen, desto schwerer fällt es den Müttern, ihr Kind zu akzeptieren. Die formalsprachlichen Kompetenzen sind, verglichen mit den pragmatischen Fähigkeiten, für das mütterliche Belastungserleben im Kindbereich bedeutsamer. Die Skalen „Hyperaktivität“, „Stimmung“ und „Anpassungsfähigkeit“ stehen mit der Teilskala „Sprache“ in einem signifikanten Zusammenhang.

Tabelle 63 *Zusammenhänge zwischen dem mütterlichen Belastungserleben im Kindbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 69)*

		EBI Mütter: Kindbereich				
		Hyper.	Stimmung	Akzeptier.	Anforderung	Anpassung.
CCC-2: Subskalen	Aussprache	.223	.196	-.008	-.013	.280
	Syntax	.159	.253	.139	.032	.144
	Semantik	.330	.293	.167	.179	.157
	Kohärenz	.197	.249	.211	.068	.205
	Initiierung	.262	.119	-.039	.132	.174
	Stereotyp.	.004	.080	.249	-.019	.027
	Kontextgeb.	.260	.295	.287	.168	.280
	Nonverbal.	.031	.041	.311	.011	.060
	Soziale Bez.	.125	.068	.248	.129	.182

		EBI Mütter: Kindbereich				
		Hyper.	Stimmung	Akzeptier.	Anforderung	Anpassung.
CCC-2: Teilskalen	Interessen	.259	.081	.229	.198	.304
	GCC	.271	.274	.210	.095	.253
	SIDC	-.084	-.197	.044	.052	-.065
	Pragmatik	.225	.218	.261	.109	.216
	Sprache	.271	.288	.101	.056	.247

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

Während zuvor die Zusammenhänge zwischen der CCC-2 und dem EBI-Kindbereich vorgestellt wurden, findet sich in Tabelle 64 eine Darstellung der Korrelationsanalysen zwischen der CCC-2 und den Skalen des EBI-Elternbereichs. Im Elternbereich korreliert lediglich die Subskala „Depression“ mit dem Pragmatik-Gesamtwert. Je mehr sich die Mütter depressiven Kognitionen und Emotionen ausgesetzt fühlen, desto mehr pragmatische Defizite können beim Kind beobachtet werden.

Tabelle 64 Zusammenhänge zwischen dem mütterlichen Belastungserleben im Elternbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten ($N = 69$)

		EBI Mütter: Elternbereich						
		Bindung	Soz. Iso.	Kompet.	Depress.	Gesund.	Einschr.	Partn.
CCC-2: Subskalen	Aussprache	-.012	.110	-.068	.048	.053	.108	.141
	Syntax	.161	.192	.132	.286	.050	.173	.137
	Semantik	.153	.162	.135	.262	.027	.112	.189
	Kohärenz	.185	.161	.189	.358	.068	.184	.094
	Initiierung	-.136	-.049	-.004	.016	-.095	-.041	-.135
	Stereotyp.	.124	.121	.167	.256	.005	.119	-.032
	Kontextgeb.	.207	.258	.215	.350	.134	.301	.192
	Nonverbal.	.027	.146	.098	.087	.076	.196	.050
	Soziale Bez.	-.024	.063	.150	.166	.103	.153	-.069
	Interessen	.030	.089	.237	.158	.084	.192	-.006
CCC-2: Teilskalen	GCC	.109	.190	.133	.284	.057	.201	.104
	SIDC	-.160	-.119	.012	-.170	-.027	-.053	-.201
	Pragmatik	.095	.164	.179	.275	.048	.200	.027
	Sprache	.104	.182	.058	.236	.056	.159	.181

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

In Tabelle 65 sind die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen den Teilskalen des EBI und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten dargestellt. Im EBI korreliert ausschließlich die Teilskala „Kindbereich Gesamt“ mit dem Gesamtwert „Pragmatik“ der CCC-2. Je besser die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten entwickelt sind, desto seltener fühlen sich die Mütter durch bestimmte Charakteristika und Verhaltensdispositionen des Kindes belastet. Formalsprachliche Fähigkeiten (Gesamtwert „Sprache“) sind für den Gesamtwert des Kindbereichs und des EBI von Relevanz, wobei sich der Zusammenhang zum EBI-Gesamtwert nur dann einstellt, wenn die Gruppe der alleinerziehenden Mütter keine Berücksichtigung findet.

Tabelle 65 Zusammenhänge zwischen den Teilskalen des EBI (Mütterstichprobe) und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 69)

		EBI Mütter: Teilskalen				
		KB-Gesamt	EB-Gesamt	EB-Gesamt ohne PB	EBI-Gesamt	EBI-Gesamt ohne PB
CCC-2: Subskalen	Aussprache	.166	.111	.095	.159	.112
	Syntax	.177	.220	.196	.226	.199
	Semantik	.273	.204	.166	.263	.226
	Kohärenz	.226	.249	.123	.268	.238
	Initiierung	.158	-.184	-.060	-.045	.037
	Stereotyp.	.082	.134	.154	.123	.130
	Kontextgeb.	.312	.275	.292	.308	.319
	Nonverbal.	.109	.174	.130	.178	.128
	Soziale Bez.	.181	.134	.124	.181	.158
	Interessen	.258	.096	.160	.159	.215
CCC-2: Teilskalen	GCC	.268	.206	.194	.256	.240
	SIDC	-.062	-.167	-.099	-.149	-.088
	Pragmatik	.249	.172	.189	.219	.229
	Sprache	.237	.205	.159	.248	.203

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus der Väterstichprobe vorgestellt. Tabelle 66 zeigt die Korrelationsergebnisse zwischen dem Belastungserleben im Kindbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten. Bei den Vätern stehen die pragmatischen Defizite mit allen Subskalen des Kindbereichs in einem Zusammenhang. Der höchste Korrelationswert ergibt sich dabei mit der Subskala „Anforderung“. Kinder mit größeren Defiziten im pragmatischen Bereich beanspruchen ihre Väter aufgrund bestimmter

Charakteristika und Verhaltensdispositionen mehr als Kinder mit besseren pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten. Darüber hinaus gehen schwerere pragmatische Defizite mit häufigeren Hyperaktivitäts- und Anpassungsproblemen, einer schlechteren emotionalen Befindlichkeit (Skala „Stimmung“) und einer geringeren positiven Einstellung der Väter gegenüber ihrem Kind einher (Skala „Akzeptierbarkeit“). Verglichen mit den Problemen im formalsprachlichen Bereich, sind pragmatische Defizite für die Akzeptierbarkeit und Anpassungsfähigkeit bedeutsamer, während formalsprachliche Defizite für die Subskalen „Hyperaktivität“, „Stimmung“ und „Anforderung“ von größerer Relevanz sind.

Tabelle 66 Zusammenhänge zwischen dem väterlichen Belastungserleben im Kindbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten ($N = 61$)

		EBI Väter: Kindbereich				
		Hyper.	Stimmung	Akzeptierbar.	Anforderung	Anpassung.
CCC-2: Subskalen	Aussprache	.342	.394	.270	.347	.365
	Syntax	.223	.228	.159	.277	.111
	Semantik	.430	.274	.132	.331	.124
	Kohärenz	.322	.279	.234	.292	.265
	Initiierung	.364	.259	-.008	.184	.100
	Stereotyp.	.195	.199	.272	.247	.166
	Kontextgeb.	.310	.293	.310	.337	.287
	Nonverbal.	.116	.057	.476	.294	.182
	Soziale Bez.	.252	.202	.417	.351	.313
	Interessen	.335	.191	.312	.205	.275
CCC-2: Teilskalen	GCC	.407	.360	.323	.409	.293
	SIDC	-.140	-.200	.026	-.134	-.082
	Pragmatik	.367	.301	.347	.373	.277
	Sprache	.384	.369	.239	.383	.263

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

Die Tabelle 67 zeigt die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen dem Belastungserleben im Elternbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten. Die Teilskala „Pragmatik“ weist in der Väterstichprobe mit Ausnahme der Subskala „Gesundheit“ mit allen anderen Subskalen des Elternbereichs signifikante Zusammenhänge auf. Je mehr Probleme im pragmatischen Bereich beim Kind vorliegen, desto häufiger geben die Väter Depressionen, Kompetenzzweifel, Bindungsprobleme, mangelnde Unterstützung des sozialen Umfeldes, Konflikte innerhalb der Partnerbeziehung und Einschränkungen in

der persönlichen Lebensführung als Quelle der Belastung an. Auch zwischen den formalsprachlichen Kompetenzen und dem Belastungserleben im Elternbereich stellen sich signifikante Zusammenhänge ein. Verglichen mit den formalsprachlichen Fähigkeiten, sind die pragmatischen Kompetenzen für alle Subskalen mit Ausnahme der Subskalen „Elterliche Kompetenz“ und „Depression“ allerdings von größerer Relevanz.

Tabelle 67 Zusammenhänge zwischen dem väterlichen Belastungserleben im Elternbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten ($N = 61$)

		EBI Väter: Elternbereich						
		Bindung	Soz. Iso.	Kompet.	Depress.	Gesun.	Einsch.	Partner.
CCC-2: Subskalen	Aussprache	.213	.236	.346	.372	.121	.337	.270
	Syntax	.269	.113	.384	.354	.042	.252	.202
	Semantik	.242	.235	.329	.361	.247	.364	.232
	Kohärenz	.342	.220	.375	.381	.081	.310	.225
	Initiierung	.062	.090	.081	.083	.110	.190	.042
	Stereotyp.	.237	.178	.314	.312	.124	.242	.129
	Kontextgeb.	.394	.308	.428	.350	.152	.440	.343
	Nonverbal.	.362	.331	.320	.242	.203	.315	.324
	Soziale Bez.	.292	.219	.324	.292	-.017	.169	.117
	Interessen	.133	.243	.169	.125	.115	.201	.207
CCC-2: Teilskalen	GCC	.348	.298	.455	.434	.180	.430	.316
	SIDC	-.153	-.033	-.229	-.273	-.033	-.169	-.121
	Pragmatik	.348	.312	.413	.370	.183	.415	.296
	Sprache	.288	.230	.428	.436	.146	.376	.286

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

Tabelle 68 zeigt die Ergebnisse aus der Korrelationsanalyse zwischen den Teilskalen des EBI und Sub- und Teilskalen der CCC-2. In der Väterstichprobe stellen sich zwischen allen Teilskalen des EBI und der Teilskala „Pragmatik“ signifikante Zusammenhänge ein. Die formalsprachlichen Fähigkeiten korrelieren ebenfalls mit allen Teilskalen des EBI, meist jedoch in geringerem Maße als die pragmatischen Kompetenzen. Bessere pragmatische Kompetenzen, aber auch bessere formalsprachliche Kompetenzen, gehen demnach mit einer geringeren Belastung der Väter einher.

Tabelle 68 *Pearson-Korrelation zwischen den Teilskalen des EBI (Väterstichprobe) und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 61)*

		EBI Väter: Teilskalen				
		KB-Gesamt	EB-Gesamt	EB o. PB	EBI-Gesamt	EBI o. PB
CCC-2: Subskalen	Aussprache	.403	.349	.349	.399	.400
	Syntax	.234	.274	.301	.275	.285
	Semantik	.302	.353	.383	.356	.364
	Kohärenz	.325	.344	.365	.361	.367
	Initiierung	.213	.095	.108	.163	.170
	Stereotyp.	.250	.271	.301	.286	.293
	Kontextgeb.	.358	.438	.442	.436	.426
	Nonverbal.	.255	.397	.379	.353	.338
	Soziale Bez.	.355	.264	.272	.320	.332
	Interessen	.305	.239	.212	.292	.274
CCC-2: Teilskalen	GCC	.418	.443	.459	.465	.467
	SIDC	-.127	-.161	-.190	-.154	-.169
	Pragmatik	.384	.423	.437	.439	.438
	Sprache	.387	.390	.408	.416	.421

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

Zwischen dem elterlichen Belastungserleben und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten stellen sich in der Stichprobe der Väter mehr und stärkere Zusammenhänge ein als in der Stichprobe der Mütter.

4) Bestehen Zusammenhänge zwischen der kognitiven Entwicklung und dem elterlichen Belastungserleben?

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen dem Belastungserleben der Mütter und Väter und den kognitiven Fähigkeiten finden sich in Tabelle 69. In der Mütterstichprobe korreliert die kognitive Entwicklung signifikant mit der Subskala „Akzeptierbarkeit“. Mütter, denen es aufgrund des Diskrepanzerlebens zwischen den eigenen Erwartungen und dem Verhalten des Kindes schwerfällt, ihr Kind zu akzeptieren, haben häufiger Kinder mit niedrigerem nonverbalen IQ. Sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern stellt sich zwischen der Teilskala „Kindbereich Gesamt“ und den kognitiven Fähigkeiten ein signifikanter Zusammenhang ein. Je niedriger der nonverbale IQ des Kindes ausfällt, desto häufiger stellt das Verhalten des Kindes eine Belastungsquelle für die Eltern dar. Bei den Vätern korrelieren die kognitiven Fähigkeiten

des Kindes zudem mit dem Gesamtwert des EBI. Je mehr sich die Väter belastet fühlen, desto häufiger haben sie Kinder mit geringeren kognitiven Fähigkeiten.

Tabelle 69 *Pearson-Korrelation zwischen dem elterlichen Belastungserleben und den kognitiven Fähigkeiten*

EBI		Mütterstichprobe (N = 69)	Väterstichprobe (N = 61)
		IQ	IQ
EBI: Kindbereich	Hyperaktivitätsprobleme	–.166	–.172
	Stimmung	–.127	–.266
	Akzeptierbarkeit	–.430	–.333
	Anforderung	–.126	–.200
	Anpassungsfähigkeit	–.202	–.225
EBI: Elternbereich	Bindung	–.255	–.219
	Soziale Isolation	–.047	–.097
	Elterliche Kompetenz	–.232	–.190
	Depression	–.180	–.160
	Gesundheit	–.019	–.086
	Persönliche Einschränkungen	–.115	–.246
	Partnerbeziehung	.093	–.117
EBI: Teilskalen	KB-Gesamt	–.254	–.266
	EB-Gesamt	–.113	–.212
	EB-Gesamt ohne PB	–.161	–.211
	EBI-Gesamt	–.180	–.259
	EBI-Gesamt ohne PB	–.214	–.252

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .004$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

5) Bestehen Zusammenhänge zwischen der Art der Sprachbehinderung sowie der Ausprägung der Sprachbehinderung und dem elterlichen Belastungserleben?

Tabelle 70 zeigt die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen dem mütterlichen Belastungserleben und der Art sowie Ausprägung der Sprachbehinderung. Unter den Begriff „Art der Sprachbehinderung“ fallen die einzelnen Untertests des SET 5–10, während sich hinter dem Begriff „Ausprägung der Sprachbehinderung“ der informell gebildete Gesamtwert des SET 5–10 verbirgt. Weder die Fähigkeiten auf den einzelnen sprachlichen Ebenen noch die Ausprägung der Sprachbehinderung spielen für das mütterliche Belastungserleben eine Rolle.

Tabelle 70 *Pearson-Korrelation zwischen der Art der Sprachbehinderung sowie Ausprägung der Sprachbehinderung und dem mütterlichen Belastungserleben (N = 70)*

EBI Mütter	WS	Sem.	SV	TV	Erz.	Satzbi.	Plur.	Inkorr.	Auspr.
Hyp.	.038	.025	.020	.043	-.156	-.040	-.127	-.095	-.022
Stimm.	-.087	-.190	-.221	-.227	-.262	-.273	-.203	-.193	-.226
Akzep.	.019	.004	-.179	.100	-.164	.071	-.093	-.195	-.034
Anfor.	.052	.037	.021	.071	-.115	.032	-.093	-.116	.003
Anpass.	-.082	-.143	-.202	-.133	-.212	-.073	-.294	-.157	-.191
Bind.	-.137	-.188	-.283	.023	-.232	-.070	-.132	-.159	-.165
Soz. Iso.	.154	.072	.047	.177	-.094	-.026	-.101	-.177	.049
Komp.	.020	.015	-.051	.150	-.014	.035	-.050	-.175	.009
Depres.	-.082	-.149	-.177	.023	-.195	-.096	-.180	-.158	-.144
Gesun.	.140	.116	.140	.180	-.087	.099	-.015	-.104	.094
Einschr.	.101	.046	-.007	.058	-.102	-.077	-.068	-.142	.015
Partner.	.083	.066	.050	.017	-.110	-.084	.010	-.044	.033
KB-Gesamt	-.015	-.067	-.138	-.037	-.224	-.071	-.200	-.185	-.116
EB-Gesamt	.005	-.017	-.112	.083	-.193	-.047	-.086	-.166	-.048
EB o. PB	.052	-.006	-.052	.129	-.141	-.009	-.107	-.185	-.019
EBI-Gesamt	-.028	-.047	-.161	.021	-.240	-.072	-.141	-.194	-.097
EBI o. PB	.024	-.035	-.096	.060	-.190	-.039	-.158	-.198	-.066

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

In Tabelle 71 sind die Ergebnisse aus der Väterstichprobe dargestellt. Die Ausprägung der Sprachbehinderung steht auch in der Väterstichprobe in keinem Zusammenhang mit dem Belastungserleben. Zwischen der Art der Sprachbehinderung und dem väterlichen Belastungserleben können wenige signifikante Zusammenhänge beobachtet werden. Die narrativen Fähigkeiten korrelieren mit allen Teilskalen des EBI signifikant. Je geringer die Erzählfähigkeiten eines Kindes entwickelt sind, desto stärker fühlen sich die Väter belastet.

Tabelle 71 *Pearson-Korrelation zwischen der Art der Sprachbehinderung sowie Ausprägung der Sprachbehinderung und dem väterlichen Belastungserleben (N = 62)*

EBI Väter	WS	Sem.	SV	TV	Erz.	Satzbi.	Plur.	Inkorr.	Auspr.
Hyp.	-.078	-.065	-.108	-.109	-.342	-.126	-.117	-.034	-.097
Stimm.	-.085	-.172	-.265	-.279	-.317	-.243	-.221	-.093	-.218
Akzep.	.108	.047	-.206	-.088	-.154	-.062	-.087	-.011	-.021
Anfor.	-.059	-.066	-.180	-.105	-.162	-.112	-.131	-.106	-.122
Anpass.	.000	-.080	-.219	-.161	-.222	-.085	-.167	.034	-.104

EBI Väter	WS	Sem.	SV	TV	Erz.	Satzbi.	Plur.	Inkorr.	Auspr.
Bind.	.006	–.094	–.248	–.077	–.154	–.047	–.072	.013	–.086
Soz. Is	.146	.085	–.048	–.038	–.246	–.110	–.098	–.052	.007
Komp.	–.111	–.127	–.270	–.095	–.237	–.225	–.242	–.102	–.189
Depres.	–.095	–.101	–.236	–.097	–.187	–.186	–.193	–.100	–.168
Gesun.	.195	.120	.011	.124	–.213	–.028	.010	–.041	.088
Einschr.	–.072	–.131	–.222	–.226	–.401	–.238	–.205	–.054	–.185
Partner.	.157	.065	–.038	–.084	–.174	–.168	.041	–.124	.008
KB-Gesamt	–.029	–.083	–.232	–.178	–.282	–.150	–.172	–.050	–.136
EB-Gesamt	.086	–.006	–.166	–.071	–.287	–.154	–.110	–.091	–.062
EB o. PB	.021	–.048	–.214	–.084	–.312	–.179	–.171	–.073	–.111
EBI-Gesamt	.030	–.041	–.216	–.135	–.318	–.173	–.166	–.092	–.112
EBI o. PB	–.004	–.069	–.239	–.139	–.316	–.176	–.183	–.066	–.132

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

6) *Bestehen Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Sprachbehinderung sowie der Art der Sprachbehinderung und der kommunikativen Kompetenz?*

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen den Testverfahren SET 5–10 und CCC-2 finden sich in Tabelle 72. Der Pragmatik-Gesamtwert korreliert sowohl mit den Fähigkeiten auf den einzelnen sprachlichen Ebenen als auch mit der Ausprägung der Sprachbehinderung signifikant. Je besser die formalsprachlichen Fähigkeiten eines Kindes entwickelt sind, desto besser werden auch seine pragmatischen Kompetenzen bewertet. Auf Subskalenebene korrelieren insbesondere die Pragmatik-Skalen „Kohärenz“, „Stereotype Sprache“ und „Kontextgebrauch“ mit den Skalen des SET 5–10. Kindern mit geringeren Fähigkeiten auf den einzelnen sprachlichen Ebenen gelingt es demnach schlechter, einen Sinnzusammenhang im Gespräch aufzubauen und den Kontext zur Interpretation des Gesagten einzubeziehen. Außerdem fallen diese Kinder häufiger durch einen stereotypen Sprachgebrauch auf.

Tabelle 72 *Pearson-Korrelation zwischen der Art der Sprachbehinderung sowie der Ausprägung der Sprachbehinderung und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 70)*

	WS	Sem.	SV	TV	Erz.	Satzbi.	Plur.	Inkorr.	Auspr.
Aus.	–.253	–.205	–.231	–.287	–.412	–.335	–.486	–.333	–.362
Syn.	–.681	–.689	–.642	–.369	–.545	–.727	–.676	–.656	–.795
Sem.	–.479	–.406	–.496	–.270	–.506	–.519	–.428	–.517	–.544
Koh.	–.467	–.492	–.562	–.378	–.454	–.551	–.482	–.544	–.600

	WS	Sem.	SV	TV	Erz.	Satzbi.	Plur.	Inkorr.	Auspr.
Init.	–.007	–.089	–.018	–.110	–.077	–.179	–.171	–.084	–.095
Ster.	–.364	–.354	–.486	–.332	–.340	–.422	–.453	–.388	–.471
Kon.	–.351	–.470	–.505	–.372	–.421	–.496	–.476	–.501	–.539
Non.	–.024	.006	–.290	–.227	–.010	–.162	–.091	–.182	–.166
Bez.	–.001	.034	–.123	.004	–.016	–.014	–.095	.000	–.015
Inte.	.237	.143	.144	–.098	.134	.109	.012	.127	.167
GCC	–.460	–.470	–.547	–.412	–.488	–.595	–.583	–.559	–.622
SIDC	.557	.515	.456	.268	.543	.524	.511	.530	.617
Prag.	–.307	–.362	–.457	–.372	–.336	–.477	–.434	–.443	–.473
Spr.	–.556	–.510	–.528	–.378	–.582	–.624	–.654	–.592	–.679

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .001$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

7) Bestehen Zusammenhänge zwischen der kognitiven Entwicklung und der kommunikativen Kompetenz des sprachbehinderten Kindes?

Tabelle 73 zeigt die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen den pragmatisch-kommunikativen Defiziten und den kognitiven Fähigkeiten. Der IQ steht mit dem Pragmatik-Gesamtscore, dem GCC sowie den Subskalen „Kohärenz“ und „Stereotype Sprache“ in einem signifikanten Zusammenhang. Der höchste Korrelationswert stellt sich zwischen dem IQ und der Teilskala „Pragmatik“ ein. Je mehr pragmatische und allgemein sprachliche Defizite beim Kind vorliegen, desto geringere kognitive Fähigkeiten bringt es mit.

Tabelle 73 *Pearson-Korrelation zwischen pragmatisch-kommunikativen Defiziten und kognitiven Fähigkeiten (N = 71)*

	Aussp.	Syntax	Seman.	Kohär.	Initi.	Stereo.	Kont.	Nonv.
IQ	–.081	–.281	–.312	–.364	–.145	–.358	–.328	–.248
	Soz. Bez.	Interes.	GCC	SIDC	Prag.			
IQ	–.242	–.098	–.352	–.090	–.379			

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind auf Subskalenebene alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .005$ signifikant und auf Teilskalenebene alle Ergebnisse $p \leq .05$.

3.2.8 Strukturgleichungsmodelle

Zu einer weiter gehenden und differenzierteren Überprüfung der Zusammenhänge der in der Studie berücksichtigten Variablen wurden auf der Basis des in Abbildung 21 dargestellten heuristischen Modells explorative Pfadanalysen durchgeführt. Das in Abbildung 22 dargestellte Pfaddiagramm zum Zusammenhang von pragmatischen Defiziten, der mütterlichen Belastung im Kindbereich, der Ausprägung der Sprachbehinderung (SET-Gesamt), dem IQ des Kindes und dem SDQ-Gesamtproblemwert nach der Bewertung der Mütter erreicht hierbei die besten Modellpassungswerte. Ein alternatives, theoretisch ebenfalls begründbares Pfaddiagramm mit der Variablen „EBI-Kindbereich“ als abhängiger Variabler und dem SDQ-Gesamtproblemwert als unabhängiger Variabler erzielte schlechtere Modellpassungswerte. Neben den zur Hypothesenprüfung ausgewählten Variablen wurde auch der Einfluss soziodemografischer Variabler kontrolliert. Dabei erwies sich kein Faktor im Gesamtmodell als bedeutsam zur Erklärung der sozial-emotionalen Auffälligkeiten.

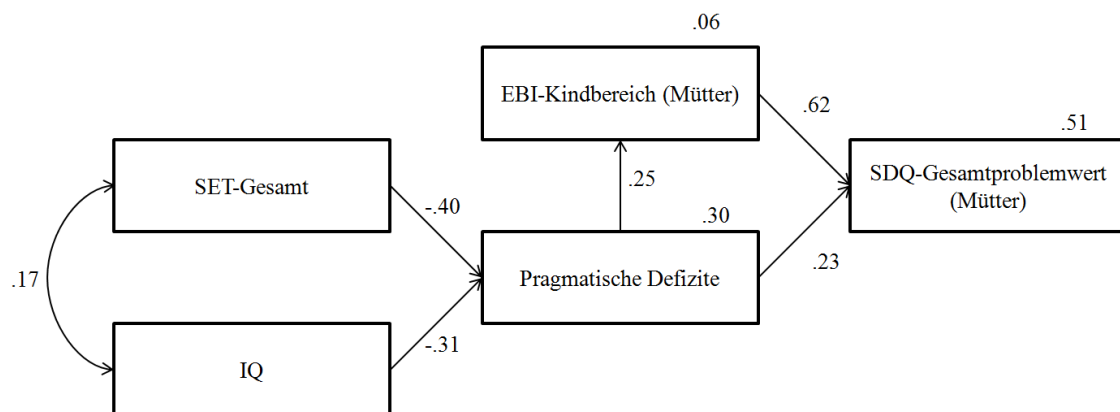


Abbildung 22. Pfaddiagramm zum Zusammenhang von pragmatischen Defiziten, mütterlicher Belastung, SET-Gesamt, IQ und SDQ-Gesamtproblemwert (Mütter)

In Tabelle 74 sind die Modellpassungswerte für das oben aufgeführte Pfaddiagramm dargestellt. Mit Ausnahme des Chi-Quadrat-Wertes liegen alle Werte im geforderten Bereich, sodass insgesamt von einer guten Anpassungsgüte der theoretischen Modellstruktur an die empirischen Daten ausgegangen werden kann.

Tabelle 74 Übersicht zu den Modellpassungswerten für das Pfaddiagramm zum Zusammenhang von pragmatischen Defiziten, mütterlicher Belastung, SET-Gesamt, IQ und SDQ-Gesamtproblemwert (Mutter)

Anpassungsmaß	Anforderung	Erreichter Wert
Chi ² / d.f.	≤ 2.5	3.970
NFI	≥ 0.9	.954
CFI	≥ 0.9	1.000
RMSEA	≤ 0.05	.000

Auch die Signifikanzwerte für die Pfadkoeffizienten sind alle auf dem Niveau von ≤ 0.05 signifikant (Tabelle 75).

Tabelle 75 Signifikanzwerte für die Pfadkoeffizienten

Pfadkoeffizienten	Signifikanz
Pragmatische Defizite \leftarrow SET-Gesamt	.001
Pragmatische Defizite \leftarrow IQ-Gesamt	.006
EBI-Kindbereich \leftarrow Pragmatische Defizite	.030
SDQ-Gesamtproblemwert \leftarrow EBI-Kindbereich	.001
SDQ-Gesamtproblemwert \leftarrow Pragmatische Defizite	.009

Nach dem in Abbildung 22 dargestellten Pfadmodell können durch die einbezogenen Variablen (mütterliches Belastungserleben im Kindbereich, pragmatische Defizite, Sprachentwicklungsstand sowie IQ des Kindes) 51 % der Varianz des SDQ-Gesamtproblemwertes erklärt werden. Dem Belastungserleben im Kindbereich kommt dabei die größte Bedeutsamkeit für die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes zu, aber auch die pragmatischen Defizite haben einen signifikanten Stellenwert. Die pragmatischen Defizite des Kindes haben nicht nur Bedeutung für die sozial-emotionale Entwicklung der Kinder, sondern auch für die Höhe des mütterlichen Belastungserlebens: 6% des mütterlichen Belastungserlebens können durch die pragmatischen Defizite des Kindes erklärt werden. Die pragmatischen Defizite sind wiederum auf die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes (SET-Gesamt) und die kognitiven Fähigkeiten zurückzuführen, wobei die sprachlichen Kompetenzen von größerer Bedeutsamkeit sind. Die beiden genannten Faktoren erklären 30 % der pragmatischen Defizite. Die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten stehen in einem bidirektionalen Verhältnis. Der Sprachentwicklungsstand des Kindes und der IQ erhalten über indirekte Effekte Bedeutung für die sozial-emotionale Entwicklung und das mütterliche Belastungserleben im Kindbereich (Tabelle 76).

Tabelle 76 Standardisierte indirekte Effekte im Pfaddiagramm der Mütter

	SET-Gesamt	IQ
EBI-Kindbereich (Mütter)	-.102	-.079
SDQ-Gesamtproblemwert (Mütter)	-.155	-.120

Abbildung 23 zeigt das Pfadmodell für die Väterstichprobe. Einbezogen wurden darin das väterliche Belastungserleben und der SDQ-Gesamtproblemwert nach der Bewertung der Väter. Die übrigen Variablen unterscheiden sich nicht von der Stichprobe der Mütter.

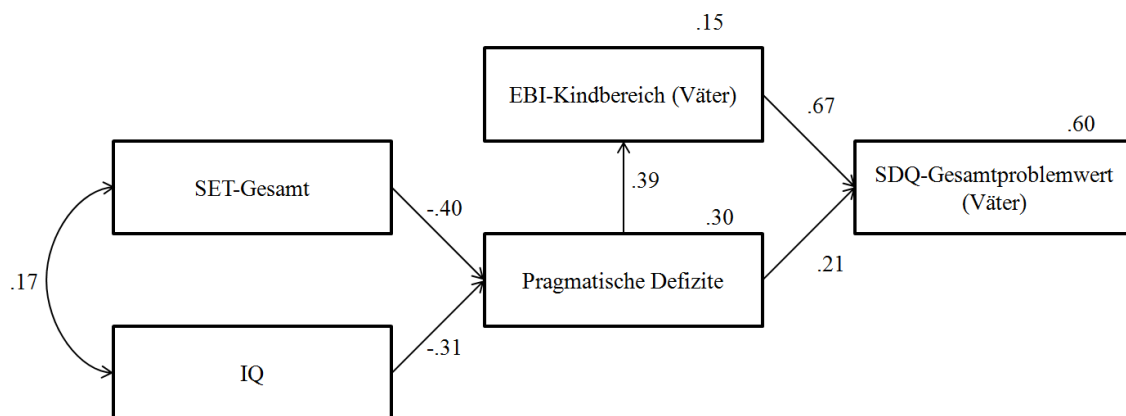


Abbildung 23. Pfadmodell zum Zusammenhang von pragmatischen Defiziten, väterlicher Belastung, SET-Gesamt, IQ und SDQ-Gesamtproblemwert (Väter)

Dieses Pfadmodell erfüllt alle geforderten Modellpassungswerte (Tabelle 77). Verglichen mit den Modellpassungswerten aus der Mütterstichprobe, erreicht das Modell der Väterstichprobe in zwei von vier Anpassungsmaßen bessere Werte.

Tabelle 77 Übersicht zu den Modellpassungswerten für das Pfadmodell zum Zusammenhang von pragmatischen Defiziten, väterlicher Belastung, SET-Gesamt, IQ und SDQ-Gesamtproblemwert (Vater)

Anpassungsmaß	Anforderung	Erreichter Wert
Chi² / d.f.	≤ 2.5	1.358
NFI	≥ 0.9	.986
CFI	≥ 0.9	1.000
RMSEA	≤ 0.05	.000

Die Signifikanzwerte für die Pfadkoeffizienten liegen alle im Bereich von ≤ 0.05 und sind somit signifikant (Tabelle 78).

Tabelle 78 *Signifikanzwerte für die Pfadkoeffizienten*

Pfadkoeffizienten	Signifikanz
Pragmatische Defizite \leftarrow SET-Gesamt	.001
Pragmatische Defizite \leftarrow IQ-Gesamt	.005
EBI-Kindbereich \leftarrow Pragmatische Defizite	.001
SDQ-Gesamtproblemwert \leftarrow EBI-Kindbereich	.017
SDQ-Gesamtproblemwert \leftarrow Pragmatische Defizite	.001

Im Pfadmodell der Väter erklären das väterliche Belastungserleben, die pragmatischen Defizite des Kindes sowie die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten 60 % der Varianz des SDQ-Gesamtproblemwerts. Wie bei den Müttern ist auch bei den Vätern das Belastungserleben im Kindbereich für die sozial-emotionale Entwicklung am bedeutsamsten. Die pragmatischen Defizite erklären bei den Vätern 15 % der erlebten Belastung im Kindbereich. Soziodemografische Variable bringen auch bei den Vätern keine weitere Aufklärung für die Bewertung der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes. Die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten zeigen indirekte Effekte über die pragmatischen Kompetenzen auf die sozial-emotionale Entwicklung und das väterliche Belastungserleben im Kindbereich. Die standardisierten indirekten Effekte sind in Tabelle 79 dargestellt.

Tabelle 79 *Standardisierte indirekte Effekte im Pfadmodell der Väter*

	SET-Gesamt	IQ
EBI-Kindbereich (Väter)	-.157	-.123
SDQ-Gesamtproblemwert (Väter)	-.190	-.148

3.2.9 Vergleich der Ergebnisse von sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern sowie deren Eltern

3.2.9.1 Soziodemographische Variablen

Zum Vergleich der sozial-emotionalen Entwicklung und des elterlichen Belastungserlebens der Gruppe sprachbehinderter Kinder mit einer Gruppe sprachgesunder Kinder und deren Eltern wird zunächst überprüft, ob sich die Kontrollgruppe hinsichtlich soziodemografischer Faktoren von der Untersuchungsgruppe unterscheidet. In der folgenden Tabelle werden deshalb die soziodemografischen Variablen sprachentwicklungsgestörter Kinder mit denen sprachgesunder Kinder verglichen (Tabelle 80). In den soziodemografischen Merkmalen „Alter“, „Geschlecht“, „Muttersprache“ und „Zweisprachig-

keit“ stellen sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ein. Die Kinder der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache sind um ca. fünf Monate jünger als die Kinder der Grundschule. Jungen sind an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache verhältnismäßig häufiger anzutreffen als Mädchen. Sprachentwicklungsgestörte Kinder wachsen signifikant häufiger mit einer anderen Muttersprache und bilingual auf als sprachgesunde Kinder. Letztere haben hauptsächlich die deutsche Staatsbürgerschaft und sind in Deutschland geboren.

Tabelle 80 Verteilung der soziodemografischen Variablen von spezifisch sprachentwicklungsgestörten ($N = 73$) und sprachgesunden ($N = 96$) Kindern

Soziodemografische Informationen zu den Kindern				
Merkmal		SFS	GS	Chi ² , df, p
Alter in Monaten	Ø	98.07	103.49	$t = -2.052$
		SD 19.56	SD 14.79	$p \leq .042$
Geschlecht	Jungen	55	48	Chi ² = 11.19
	Mädchen	18	48	df = 1 $p \leq .001$
Nationalität	deutsch	67 (91.8 %)	85 (91.4 %)	Chi ² = 0.06
	andere	1 (1.4 %)	1 (1.1 %)	df = 2
	deutsch und andere	5 (6.8 %)	7 (7.5 %)	$p \leq .972$
Geburtsland	Deutschland	69 (97.8 %)	91 (97.8 %)	Chi ² = 1.30
	anderes	4 (5.5 %)	2 (2.2 %)	df = 1 $p \leq .406$
Muttersprache	deutsch	52 (71.2 %)	89 (95.7 %)	Chi ² = 19.14
	andere	21 (28.8 %)	4 (4.3 %)	df = 1 $p \leq .000$
Zweisprachigkeit	nein	49 (68.1 %)	82 (88.2 %)	Chi ² = 10.04
	ja	23 (31.9 %)	11 (11.8 %)	df = 1 $p \leq .002$

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

Nach dem Vergleich der soziodemografischen Merkmale der Kinder werden im Folgenden die Mütter der beiden Schulformen miteinander verglichen (Tabelle 81). An der

Untersuchung nehmen 71 Mütter spezifisch sprachentwicklungsgestörter und 80 Mütter sprachgesunder Kinder teil. Die Mütter von SSES-Kindern sind im Durchschnitt ca. zwei Jahre jünger als die Mütter der sprachgesunden Kinder. Signifikante Unterschiede existieren darüber hinaus hinsichtlich der Nationalität und des Geburtslandes. Mütter an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache besitzen häufiger nicht die deutsche Staatsbürgerschaft und sind häufiger nicht in Deutschland geboren als die Mütter der Grundschule. Mütter der Grundschule weisen signifikant bessere Schulabschlüsse auf als die Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache. Auch im Bezug auf die Berufsausbildung lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den Müttergruppen beobachten. Mütter von SSES-Kindern können häufiger als Mütter der Grundschule keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen. Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache sind knapp dreimal häufiger alleinerziehend als Mütter der Grundschule. Die Häufigkeit von festen Partnerschaften und die Kinderanzahl unterscheiden sich zwischen den beiden Müttergruppen nicht.

Tabelle 81 Verteilung der soziodemografischen Variablen von Müttern spezifisch sprachentwicklungsgestörter ($N = 71$) und sprachgesunder Kindern ($N = 96$)

Soziodemografische Informationen zu den Müttern				
Merkmal		SFS	GS	Chi ² , df, p
Anzahl		71	96	
Alter in Jahren	Ø	37.39	39.66	$t = -2.604$
		SD = 5.49	SD = 5.60	$p \leq .010$
Nationalität	deutsch	58 (81.7 %)	91 (94.8 %)	Chi ² = 7.29
	andere	13 (18.3 %)	5 (5.2 %)	df = 1
				$p \leq .007$
Geburtsland	Deutschland	48 (67.6 %)	83 (86.5 %)	Chi ² = 8.58
	anderes	23 (32.4 %)	13 (13.5 %)	df = 1
				$p \leq .004$

Soziodemografische Informationen zu den Müttern				
Merkmal		SFS	GS	Chi ² , df, p
Schulabschluss	keinen	2 (2.9 %)	0 (0.0 %)	Chi ² = 12.41
	Hauptschulabschluss	12 (17.1 %)	7 (7.3 %)	df = 3
	Realschulabschluss/ mittlere Reife	28 (40.0 %)	27 (28.1 %)	p ≤ .006
	Abitur/Fachabitur	28 (40.0 %)	62 (64.6 %)	
Abgeschlossene Ausbildung	nein	13 (18.8 %)	3 (3.1 %)	Chi ² = 11.32
	ja	56 (81.2 %)	93 (96.9 %)	df = 1 p ≤ .001
Alleinerziehend	nein	57 (80.3 %)	89 (92.7 %)	Chi ² = 5.73
	ja	14 (19.7 %)	7 (7.3 %)	df = 1 p ≤ .017
Feste Partnerschaft	nein	7 (10.0 %)	7 (7.3 %)	Chi ² = .39
	ja	63 (90.0 %)	89 (92.7 %)	df = 1 p ≤ .535
Kinderanzahl	1	9 (12.7 %)	13 (13.5 %)	Chi ² = 4.29
	2	34 (47.9 %)	57 (59.4 %)	df = 4
	3	17 (23.9 %)	19 (19.8 %)	p ≤ .368
	4	8 (11.3 %)	6 (6.3 %)	
	5	3 (4.2 %)	1 (1.0 %)	

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse p ≤ .05 signifikant.

Eine Zusammenfassung der soziodemografischen Daten der Väter von sprachentwicklungsstörungen und sprachgesunden Kindern findet sich in Tabelle 82. An der Untersuchung nehmen 63 Väter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache und 81 Väter der Grundschule teil. Das Durchschnittsalter der Väter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache beträgt 41.34 Jahre, das der Väter der Grundschule 43.20 Jahre. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Auch hinsichtlich der Staatsangehörigkeit und des Geburtslandes stellen sich keine signifikanten Unterschiede ein. Ca. 83 % der Väter besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft und ca. 70 % sind in Deutsch-

land geboren. Väter der Grundschule können signifikant bessere Schulabschlüsse vorweisen als Väter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache. Was den Abschluss einer Berufsausbildung anbelangt, unterscheiden sich die Vätergruppen nicht signifikant voneinander. Mehr als 90 % der Väter können eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen. Die Väter sprachentwicklungsgestörter Kinder sind mit einer Häufigkeit von ca. 8 % signifikant häufiger alleinerziehend und befinden sich seltener in einer festen Partnerbeziehung als die Väter der Grundschule. Die Kinderanzahl unterscheidet sich nicht signifikant voneinander. Ca. 55 % der Väter haben zwei Kinder.

Tabelle 82 Verteilung der soziodemografischen Variablen von Vätern spezifisch sprachentwicklungsgestörter ($N = 63$) und sprachgesunder Kindern ($N = 81$)

Soziodemographische Informationen zu den Vätern				
Merkmal		SFS	GS	Chi ² , df, p
Anzahl		63	81	
Alter in Jahren	Ø	41.34	43.20	t = -1.706
		SD 1.95	SD 2.14	p ≤ .073
Nationalität	deutsch	52 (81.3 %)	69 (85.2 %)	Chi ² = .40
	andere	12 (18.8 %)	12 (14.8 %)	df = 1 p ≤ .527
Geburtsland	Deutschland	40 (63.5 %)	63 (77.8 %)	Chi ² = 3.55
	anderes	23 (36.5 %)	18 (22.2 %)	df = 1 p ≤ .060
Schulabschluss	keinen	1 (1.6 %)	1 (1.2 %)	Chi ² = 18.67
	Hauptschulabschluss	12 (19.4 %)	5 (6.2 %)	df = 3
	Realschulabschluss/ mittlere Reife	29 (46.8 %)	20 (24.7 %)	p ≤ .000
	Abitur/Fachabitur	20 (32.3 %)	55 (67.9 %)	
Abgeschlossene Ausbildung	nein	5 (8.1 %)	3 (3.8 %)	Chi ² = 1.27
	ja	57 (91.9 %)	78 (96.3 %)	df = 1 p ≤ .261

Soziodemographische Informationen zu den Vätern				
Merkmal		SFS	GS	Chi ² , df, p
Alleinerziehend	nein	58 (92.0 %)	80 (98.8 %)	Chi ² = 5.16
	ja	5 (7.9 %)	1 (1.2 %)	df = 1
				p ≤ .023
Feste Partnerschaft	nein	6 (9.4 %)	1 (1.3 %)	Chi ² = 5.16
	ja	58 (90.6 %)	80 (98.8 %)	df = 1
				p ≤ 0.23
Kinderanzahl	1	8 (12.5 %)	10 (12.3 %)	Chi ² = 4.48
	2	32 (50.0 %)	50 (61.7 %)	df = 4
	3	12 (18.8 %)	14 (17.3 %)	p ≤ .345
	4	8 (12.5 %)	6 (7.4 %)	
	5	4 (6.3 %)	1 (1.2 %)	

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse p ≤ .05 signifikant.

3.2.9.2 Sozial-emotionale Entwicklung

Im Folgenden wird die sozial-emotionale Entwicklung sprachentwicklungsgestörter Kinder mit der Entwicklung sprachgesunder Kinder auf Grundlage der Ergebnisse im SDQ verglichen. Zunächst findet eine deskriptive Analyse der Ergebnisse statt.

Tabelle 83 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der SDQ-Skalen nach der Bewertung der Mütter sowie den relativen Anteil an Kindern mit unauffälliger und grenzwertiger/auffälliger sozial-emotionaler Entwicklung auf der Basis der deutschen Normierungsstichprobe für die Elterneinschätzungen (vgl. Woerner et al. 2002).

Ca. 50 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder und ca. 20 % der sprachgesunden Kinder zeigen Auffälligkeiten in der Entwicklung. Damit sind sprachentwicklungsgestörte Kinder 2.3-mal häufiger von sozial-emotionalen Auffälligkeiten betroffen als sprachgesunde Kinder. Die größten Unterschiede stellen sich bei den Problemen mit Gleichaltrigen ein. Diese kommen 4.4-mal häufiger in der Gruppe der sprachentwicklungsgestörten Kinder als in der Gruppe sprachgesunder Kinder vor. Hyperaktivitätsprobleme und Auffälligkeiten im prosozialen Verhalten können 2.7-mal häufiger beobachtet werden. Bei den emotionalen Problemen und den Verhaltensauffälligkeiten stellen sich die geringsten Unterschiede ein.

Tabelle 83 Mittelwerte, Standardabweichungen des Mütter-SDQ sowie relativer Anteil (%) an unauffälligen und grenzwertigen/auffälligen Werten getrennt nach Kindern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (SFS) ($N = 71$) und Kindern der Grundschule (GS) ($N = 96$)

SDQ Mütter	Schulart	MW	SD	unauffällig	grenzwertig und auffällig
Gesamtproblemwert	SFS	12.90	5.92	47.9 %	52.1 %
	GS	7.56	6.12	78.1 %	21.9 %
Emotionale Probleme	SFS	2.99	2.16	63.4 %	36.6 %
	GS	1.96	2.27	78.1 %	21.9 %
Verhaltensauffälligkeiten	SFS	2.42	1.95	77.5 %	22.5 %
	GS	1.63	1.56	86.5 %	13.5 %
Hyperaktivität	SFS	4.65	2.53	66.2 %	33.8 %
	GS	2.83	2.31	87.5 %	12.5 %
Probleme mit Gleichaltrigen	SFS	2.85	2.16	63.4 %	36.6 %
	GS	1.15	1.75	91.7 %	8.3 %
Prosoziales Verhalten	SFS	7.61	2.03	91.5 %	8.5 %
	GS	8.20	1.65	96.9 %	3.1 %

In Tabelle 84 sind die Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse dargestellt. Da sich in den soziodemografischen Merkmalen „Alter“, „Geschlecht“, „Muttersprache“ und „Zweisprachigkeit“ zwischen den beiden Schülergruppen signifikante Unterschiede einstellen, werden diese Merkmale in den univariaten Varianzanalysen als Kovariate einbezogen. Als abhängige Variable dienen die SDQ-Skalen sowie als fester Faktor die Schulart des Kindes. Nach der Beurteilung der Mütter erreichen die Kinder der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache, verglichen mit den Kindern der Grundschule, einen signifikant höheren Gesamtproblemwert und zeigen dabei, unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur, insbesondere signifikant häufiger emotionale Probleme, Hyperaktivitätsprobleme und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen.

Tabelle 84 Univariate Varianzanalyse mit den SDQ-Skalen (Mütterstichprobe) als abhängigen Variablen, der „Schulart“ als festem Faktor und den soziodemografischen Merkmalen „Alter“, „Geschlecht“, „Muttersprache“ und „Zweisprachigkeit“ als unabhängigen Variablen

SDQ Mütter	F, df, sign.	Schulart	Alter in Monaten	Geschlecht	Mutter- sprache	Zwei- sprachigkeit
Gesamt- problemwert	F	27.396	.517	4.695	.341	5.518
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.000	.473	.032	.560	.020

SDQ Mütter	F, df, sign.	Schulart	Alter in Monaten	Geschlecht	Mutter- sprache	Zwei- sprachigkeit
Emotionale Probleme	F	8.460	2.248	.731	.850	6.095
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.004	.136	.394	.358	.015
Verhaltens- auffälligkeiten	F	3.079	2.929	2.925	3.290	2.738
	df	1	1	1	1	1
	Sign.	.081	.089	.089	.072	.100
Hyperaktivität	F	26.365	1.047	7.310	.490	3.916
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.000	.308	.008	.485	.050
Probleme mit Gleichaltrigen	F	25.742	.672	.880	.001	.348
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.000	.414	.350	.974	.556
Prosoziales Verhalten	F	1.581	.511	4.520	2.901	6.034
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.210	.476	.035	.091	.015

Anmerkung: In der Teilskala sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Die Mittelwerte, Standardabweichungen sowie relative Anzahl (%) an unauffälligen und grenzwertigen/auffälligen Werten nach der Bewertung der Väter für die Kinder der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache und der Grundschule sind in Tabelle 85 dargestellt. Verglichen mit den Kindern der Grundschule, sind die Kinder der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache 1.5-mal häufiger von Auffälligkeiten im sozial-emotionalen Bereich betroffen. Die größten Differenzen können erneut bei den Problemen mit Gleichaltrigen beobachtet werden. Bei sprachentwicklungsgestörten Kindern treten diese 3.7-mal häufiger auf als bei sprachgesunden Kindern. Hyperaktivitätsprobleme können 1.2-mal häufiger beobachtet werden. Störungen im prosozialem Verhalten kommen in ähnlicher Häufigkeit vor, Verhaltensauffälligkeiten in gleicher Häufigkeit.

Tabelle 85 Mittelwerte, Standardabweichungen sowie Häufigkeiten an unauffälligen bzw. grenzwertigen und auffälligen Werten des Väter-SDQ getrennt nach Kindern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache ($N = 63$) und Kindern der Grundschule ($N = 81$)

SDQ Väter	Schulart	MW	SD	unauffällig	grenzwertig und auffällig
Gesamtproblemwert	SFS	11.90	5.50	63.5 %	36.5 %
	GS	8.54	6.44	75.3 %	24.7 %

SDQ Väter	Schulart	MW	SD	unauffällig	grenzwertig und auffällig
Emotionale Probleme	SFS	2.59	1.95	73.0 %	27.0 %
	GS	1.95	2.16	80.2 %	19.8 %
Verhaltensauffälligkeiten	SFS	2.37	1.86	77.8 %	22.2 %
	GS	1.88	1.70	77.8 %	22.2 %
Hyperaktivität	SFS	4.54	2.28	69.8 %	30.2 %
	GS	3.38	2.55	76.5 %	23.5 %
Probleme mit Gleichaltrigen	SFS	2.41	1.80	66.7 %	33.3 %
	GS	1.33	1.71	90.1 %	8.9 %
Prosoziales Verhalten	SFS	7.68	2.14	93.7 %	6.3 %
	GS	7.83	1.82	93.8 %	6.2 %

Tabelle 86 zeigt die Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse für den SDQ nach der Beurteilung der Väter. Wie zuvor bei den Müttern werden die soziodemografischen Merkmale „Alter“, „Geschlecht“, „Muttersprache“ und „Zweisprachigkeit“ als Kovariate einbezogen. Als abhängige Variable dienen die SDQ-Skalen sowie als fester Faktor die Schulart des Kindes. Signifikante Unterschiede zwischen den Kindern der beiden Schulformen können im Gesamtproblemwert und den Problemen mit Gleichaltrigen beobachtet werden (Tabelle 86). Sprachentwicklungsgestörte Kinder sind signifikant häufiger von sozial-emotionalen Auffälligkeiten, speziell von Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen, betroffen als sprachgesunde Kinder.

Tabelle 86 *Univariate Varianzanalyse mit den SDQ-Skalen (Väterstichprobe) als abhängigen Variablen, der „Schulart“ als festem Faktor und den soziodemografischen Merkmalen „Alter“, „Geschlecht“, „Muttersprache“ und „Zweisprachigkeit“ als unabhängigen Variablen*

SDQ Väter	F, df, sign.	Schulart	Alter in Monaten	Geschlecht	Mutter- sprache	Zwei- sprachigkeit
Gesamt- problemwert	F	6.868	.515	1.306	2.475	3.272
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.010	.474	.255	.118	.073
Emotionale Probleme	F	3.951	5.540	.016	2.069	4.247
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.049	.020	.900	.153	.041
Verhaltens- auffälligkeiten	F	.223	1.103	1.279	4.300	1.351
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.638	.295	.260	.040	.247

SDQ Väter	F, df, sign.	Schulart	Alter in Monaten	Geschlecht	Mutter- sprache	Zwei- sprachigkeit
Hyperaktivität	F	4.722	.046	4.666	.061	1.191
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.032	.831	.033	.805	.277
Probleme mit Gleichaltrigen	F	10.662	1.248	.107	1.790	1.407
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.001	.266	.745	.183	.238
Prosoziales Verhalten	F	.002	2.388	4.448	2.420	9.997
	df	1	1	1	1	1
	sign.	.961	.125	.037	.122	.002

Anmerkung: In der Teilskala sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Die Beurteilung der sozial-emotionalen Fähigkeiten von sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern differiert in der Stichprobe der Mütter deutlich mehr als in der Stichprobe der Väter. Sowohl bei den Müttern als auch den Vätern stellen sich in der Skala „Probleme mit Gleichaltrigen“ die größten Unterschiede zwischen sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern ein. Die Kinder der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache sind ca. viermal häufiger von Problemen mit Gleichaltrigen betroffen.

3.2.9.3 Elterliches Belastungserleben

Im Folgenden werden die Eltern sprachentwicklungsgestörter und sprachgesunder Kinder hinsichtlich ihres Belastungserlebens (EBI) auf der Grundlage von univariaten Varianzanalysen miteinander verglichen. Es findet zunächst wiederum eine deskriptive Analyse der Ergebnisse statt.

In Tabelle 87 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Mütter der beiden Schulformen dargestellt. Da die vorhandenen Normen für den EBI nur maximal bis zum Ende des Vorschulalters reichen, die Gruppe der hier untersuchten Kinder aber deutlich älter ist, lassen sich keine Aussagen zur relativen Häufigkeit der erlebten Belastung treffen, wie dies bei der Analyse der Ergebnisse zum SDQ möglich war. Es wird deshalb eine orientierende Einschätzung auf der Basis der gemittelten Skalenrohwerter vorgenommen. Mit Ausnahme der Skala „Partnerbeziehung“ liegen alle Mittelwerte der Mütter sprachentwicklungsgestörter Kinder über den Mittelwerten von Müttern sprach-

gesunder Kinder. Der höchste Belastungswert stellt sich sowohl bei den Müttern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache als auch bei den Müttern der Grundschule im Kindbereich auf der Skala „Anforderung“ sowie im Elternbereich auf der Skala „Depression“ ein. Die geringste Belastung erfahren beide Müttergruppen durch die Stimmung ihres Kindes. Im Elternbereich erreichen die Mütter sprachentwicklungsge-
störter Kinder und sprachgesunder Kinder den niedrigsten Wert in der Skala „Soziale Isolation“.

Tabelle 87 Mittelwerte und Standardabweichungen des EBI getrennt nach Müttern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache ($N = 71$) und Müttern der Grundschule ($N = 95$)

EBI Mütter	Schulart	MW	SD
Kindbereich			
Hyperaktivität	SFS	11.61	4.16
	GS	8.83	3.53
Stimmung	SFS	8.80	4.20
	GS	7.46	3.49
Akzeptierbarkeit	SFS	11.23	4.07
	GS	8.04	3.63
Anforderung	SFS	12.20	3.93
	GS	10.21	4.20
Anpassungsfähigkeit	SFS	10.03	4.18
	GS	8.10	3.61
Elternbereich			
Elterliche Bindung	SFS	9.32	3.61
	GS	8.07	3.76
Soziale Isolation	SFS	9.00	4.75
	GS	7.85	4.06
Elterliche Kompetenz	SFS	10.06	4.19
	GS	8.64	4.21
Depression	SFS	12.17	3.93
	GS	11.40	3.99
Gesundheit	SFS	9.49	4.45
	GS	9.13	4.36
Pers. Einschränkungen	SFS	9.97	4.63
	GS	9.16	4.23
Partnerbeziehung	SFS	9.78	4.49
	GS	10.83	4.41

EBI Mütter	Schulart	MW	SD
Teilskalen			
KB-Gesamt	SFS	53.86	17.12
	GS	42.77	15.38
EB-Gesamt	SFS	68.75	24.44
	GS	64.10	23.48
EB Gesamt ohne PB	SFS	60.01	21.30
	GS	54.37	20.59
EBI-Gesamt	SFS	122.10	39.23
	GS	106.39	37.17
EBI-Gesamt ohne PB	SFS	113.87	36.10
	GS	97.14	34.13

Da sich die Eltern sprachentwicklungsgestörter und sprachgesunder Kinder in den soziodemografischen Merkmalen „Alter“, „Nationalität“, „Geburtsland“, „Schulabschluss“, „Abgeschlossene Ausbildung“ und „Alleinerziehend“ signifikant voneinander unterscheiden, werden diese Merkmale als Kovariaten in die univariaten Varianzanalysen einbezogen. Dabei werden die Faktoren „Geburtsland“ und „Nationalität“ nicht beide berücksichtigt, sondern ausschließlich der Faktor „Geburtsland“ einbezogen. Als abhängige Variable fungieren die EBI-Skalen sowie als fester Faktor die Schulart des Kindes. Bei den Müttern von sprachgesunden und sprachentwicklungsgestörten Kindern stellen sich, unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur, im Kindbereich in den Subskalen „Hyperaktivität“, „Akzeptierbarkeit“ und „Anforderung“ signifikante Unterschiede zuungunsten der Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache ein (Tabelle 88). Hyperaktives Verhalten stellt für die Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache häufiger eine Quelle der Belastung dar als für Mütter der Grundschule. Auch führen bestimmte Verhaltensdispositionen und Charakteristika des Kindes dazu, dass die Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache ihre Kinder weniger akzeptieren und sich einer erhöhten Anforderung ausgesetzt fühlen.

In den Subskalen des Elternbereichs stellen sich keine signifikanten Unterschiede ein. Die Ressourcen, welche Müttern zur Erziehung und Betreuung ihres Kindes zur Verfügung stehen, unterscheiden sich somit nicht zwischen den Müttergruppen.

In den Teilskalen können im Gesamtwert des Kindbereichs und EBI-Gesamtwert (ohne die Skala „Partnerbeziehung“) signifikante Unterschiede zwischen den beiden Müttergruppen beobachtet werden. Mütter sprachentwicklungsgestörter Kinder sind einer deutlich höheren Belastung ausgesetzt als Mütter sprachgesunder Kinder. Insbesondere bestimmte Verhaltensdispositionen und Charakteristika des Kindes beanspru-

chen die Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache mehr als die Mütter der Grundschule.

Tabelle 88 *Univariate Varianzanalyse für die Stichprobe der Mütter mit den Sub- und Teilskalen des EBI als abhängigen Variablen, der Schulart als festem Faktor und den soziodemografischen Merkmalen „Alter“, „Geburtsland“, „Schulabschluss“, „Abgeschlossene Ausbildung“ und „Alleinerziehend“ als unabhängigen Variablen*

EBI Mütter	F, df, sign.	Schulart	Alter	Geburts- land	Schul- abschluss	Abg. Aus- bildung	Allein- erziehend
Kindbereich							
Hyperaktivi- tät	F	17.017	.243	5.936	.011	2.440	1.360
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.000	.622	.016	.915	.120	.245
Stimmung	F	1.182	2.517	2.832	.086	14.659	1.103
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.279	.115	.094	.770	.000	.295
Akzeptier- barkeit	F	22.258	.111	1.724	.013	1.242	.346
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.000	.739	.191	.909	.267	.557
Anforderung	F	6.510	.820	4.113	1.160	1.600	4.460
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.012	.366	.044	.283	.208	.036
Anpassungs- fähigkeit	F	5.230	.354	1.929	.618	4.715	6.934
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.024	.553	.167	.433	.031	.009
Elternbereich							
Elterliche Bindung	F	1.729	.318	.057	.595	1.843	1.603
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.190	.573	.812	.442	.177	.207
Soziale Isolation	F	1.683	1.966	6.177	2.530	1.830	10.069
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.196	.163	.014	.114	.178	.002
Elterliche Kompetenz	F	1.937	2.525	1.068	2.525	1.473	7.732
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.166	.135	.303	.144	.227	.006
Depression	F	.014	5.227	.123	1.317	2.243	5.185
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.905	.024	.726	.253	.136	.024

EBI Mütter	F, df, sign.	Schulart	Alter	Geburts- land	Schul- abschluss	Abg. Aus- bildung	Allein- erziehend
Gesundheit	F	.000	2.252	4.204	1.119	.348	12.130
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.998	.135	.024	.292	.556	.001
Persönliche Einschrän- kungen	F	.698	2.591	7.096	1.094	1.741	4.089
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.405	.109	.009	.297	.189	.045
Partnerbe- ziehung	F	.501	.230	6.524	.814	3.615	.404
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.480	.632	.012	.369	.058	.526
Teilskalen							
KB-Gesamt	F	12.394	.762	4.719	.245	5.473	3.310
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.001	.384	.031	.621	.021	.071
EB-Gesamt	F	.615	1.250	3.888	1.769	2.838	1.699
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.434	.265	.051	.186	.094	.194
EB-Gesamt ohne PB	F	.878	3.529	3.144	2.020	2.078	9.236
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.350	.062	.078	.157	.151	.003
EBI-Gesamt	F	3.672	.996	4.619	1.073	4.225	1.662
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.057	.320	.033	.302	.042	.199
EBI-Gesamt ohne PB	F	4.831	2.328	4.278	1.161	3.769	7.065
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.029	.129	.040	.283	.053	.009

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind im Kindbereich alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ und im Elternbereich alle Ergebnisse $p \leq .007$ signifikant.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Väterstichprobe im EBI sind in Tabelle 89 dargestellt. Auch hier erfolgt eine erste Analyse auf der Basis der mittleren Werte in den einzelnen Skalen, da keine Normdaten für diesen Altersbereich zur Verfügung stehen. Im Kindbereich liegen die Mittelwerte der Väter der Schule mit dem Förderungsschwerpunkt Sprache alle über den Mittelwerten der Väter der Grundschule. Im Elternbereich liegen demgegenüber die Mittelwerte der Väter sprachgesunder Kinder, mit Ausnahme der Skalen „elterliche Bindung“ und „elterliche Kompetenz“, alle über den Mittelwerten der Väter sprachentwicklungsgestörter Kinder. Während in der Teilskala

„Kindbereich Gesamt“ die Väter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache schlechter abschneiden, erzielen die Väter der Grundschule in der Teilskala „Elternbereich Gesamt“ einen höheren Mittelwert. Auf der EBI-Gesamtskala liegt der Belastungswert der Väter sprachentwicklungsgestörter Kinder über dem Wert von Vätern sprachgesunder Kinder. Der höchste individuelle Belastungswert stellt sich für die Väter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache im Kindbereich auf der Skala „Hyperaktivität“ ein sowie für die Väter der Grundschule auf der Skala „Anforderung“. Die geringste Belastung erfahren sowohl die Väter sprachentwicklungsgestörter Kinder als auch die Väter sprachgesunder Kinder durch die „Stimmung“ ihres Kindes. Im Elternbereich erreichen die Väter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache den höchsten Mittelwert auf der Skala „Depression“ sowie die Väter der Grundschule auf der Skala „Partnerbeziehung“. Den geringsten Problembereich stellt für Väter sprachentwicklungsgestörter Kinder die „Gesundheit“ dar und für die Väter sprachgesunder Kinder die „Soziale Isolation“.

Tabelle 89 Mittelwerte und Standardabweichungen des EBI getrennt nach Vätern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache ($N = 63$) und Vätern der Grundschule ($N = 81$)

EBI Väter	Schulart	MW	SD
Kindbereich			
Hyperaktivität	SFS	10.92	3.84
	GS	9.04	3.02
Stimmung	SFS	8.35	4.36
	GS	7.36	3.33
Akzeptierbarkeit	SFS	9.76	3.66
	GS	8.20	3.25
Anforderung	SFS	10.13	3.99
	GS	9.44	4.06
Anpassungsfähigkeit	SFS	9.29	4.20
	GS	8.42	3.61
Elternbereich			
Elterliche Bindung	SFS	8.68	3.41
	GS	8.64	3.30
Soziale Isolation	SFS	7.25	3.83
	GS	7.90	3.23
Elterliche Kompetenz	SFS	8.41	3.56
	GS	8.37	3.83
Depression	SFS	10.43	3.87
	GS	10.44	3.81

EBI Väter	Schulart	MW	SD
Gesundheit	SFS	7.19	3.91
	GS	8.48	4.09
Persönliche Einschränkungen	SFS	7.87	3.52
	GS	8.26	3.84
Partnerbeziehung	SFS	10.15	4.54
	GS	10.52	4.17
Teilskalen			
KB-Gesamt	SFS	48.44	16.88
	GS	42.46	14.17
EB-Gesamt	SFS	60.22	19.78
	GS	62.27	19.95
EB-Gesamt ohne PB	SFS	49.84	16.44
	GS	52.10	17.21
EBI-Gesamt	SFS	109.10	34.13
	GS	104.54	32.58
EBI-Gesamt ohne PB	SFS	98.29	30.98
	GS	94.56	30.08

Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse für die Gruppe der Väter unter Einbeziehung der gleichen Kovariaten wie bei der Mütterstichprobe finden sich in Tabelle 90. Weder in den Subskalen des Kindbereichs noch in den Subskalen des Elternbereichs oder den Teilskalen unterscheiden sich die Belastungswerte der beiden Vätergruppen signifikant voneinander. Sprachentwicklungsgestörte Kinder fordern ihre Väter demnach nicht mehr als sprachgesunde Kinder. Auch unterscheiden sich die Ressourcen, die den Vätern zur Erziehung und Betreuung zur Verfügung stehen, nicht signifikant voneinander.

Tabelle 90 *Univariate Varianzanalyse für die Stichprobe der Väter mit den Sub- und Teilskalen des EBI als abhängigen Variablen, der Schulart als festem Faktor und den soziodemografischen Merkmalen „Alter“, „Geburtsland“, „Schulabschluss“, „Abgeschlossene Ausbildung“ und „Alleinerziehend“ als unabhängigen Variablen*

EBI Väter	F, df, sign.	Schulart	Alter	Geburtsland	Schulabschluss	Abg. Ausbildung	Alleinerziehend
Kindbereich							
Hyperaktivität	F	4.106	.234	.135	5.609	.024	1.705
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.045	.629	.714	.019	.878	.194

EBI Väter	F, df, sign.	Schulart	Alter	Geburts- land	Schul- abschluss	Abg. Aus- bildung	Alleiner- ziehend
Stimmung	F	.624	.516	.012	1.405	.836	.407
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.431	.474	.913	.238	.362	.525
Akzeptier- barkeit	F	4.946	.012	1.289	1.324	3.329	.214
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.028	.913	.258	.252	.070	.644
Anforderung	F	1.330	.680	.530	.740	.359	.173
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.251	.411	.468	.391	.550	.678
Anpassungs- fähigkeit	F	.839	.106	.008	.877	.559	.111
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.361	.746	.929	.351	.456	.740
Elternbereich							
Elterliche Bindung	F	.318	1.810	.047	2.882	3.282	.097
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.574	.181	.829	.092	.072	.756
Soziale Isolation	F	.369	.013	9.037	.575	.031	2.726
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.544	.908	.003	.450	.860	.101
Elterliche Kompetenz	F	.860	1.753	.166	2.470	2.177	3.414
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.355	.188	.684	.118	.142	.067
Depression	F	.783	3.737	.538	2.922	2.239	3.307
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.378	.055	.464	.090	.137	.071
Gesundheit	F	1.660	2.732	5.301	.086	.063	1.297
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.200	.101	.023	.770	.802	.257
Persönliche Einschrän- kungen	F	.326	.047	3.394	.016	.527	2.921
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.569	.829	.068	.900	.451	.090
Partnerbe- ziehung	F	.031	.020	7.357	1.236	2.520	4.066
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.861	.888	.008	.268	.115	.046
Teilskalen							
KB-Gesamt	F	2.748	.053	.266	1.148	.881	.322
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.100	.818	.607	.286	.350	.571

EBI Väter	F, df, sign.	Schulart	Alter	Geburts- land	Schul- abschluss	Abg. Aus- bildung	Alleiner- ziehend
EB-Gesamt	F	.552	.281	4.126	.190	2.067	4.267
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.459	.597	.044	.663	.153	.041
EB-Gesamt ohne PB	F	1.143	.334	2.824	.762	1.651	3.004
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.287	.564	.095	.384	.201	.085
EBI-Gesamt	F	.150	.189	2.113	.595	1.688	3.631
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.700	.664	.149	.442	.196	.060
EBI-Gesamt ohne PB	F	.070	.188	1.395	1.051	1.397	1.530
	df	1	1	1	1	1	1
	sign.	.792	.666	.240	.307	.239	.218

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind im Kindbereich alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ und im Elternbereich alle Ergebnisse $p \leq .007$ signifikant.

4 Diskussion

4.1 Allgemein

Ziel dieser Forschungsarbeit war, Einflussfaktoren auf die sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder zu untersuchen und hierbei insbesondere die Einflussfaktoren „elterliches Belastungserleben“ und „kommunikative Kompetenz“ in ihrer Relevanz näher zu beleuchten. Darüber hinaus sollten die Einflüsse der kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten auf die genannten Bereiche überprüft und die sozial-emotionale Entwicklung und das elterliche Belastungserleben mit einer altersgleichen sprachgesunden Kontrollgruppe und deren Eltern verglichen werden.

4.2 Diskussion der Methodik

4.2.1 Rekrutierungsstrategie und Repräsentativität der Stichprobe

Die Rekrutierung der Lehrerinnen der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache fand über die persönliche Vorstellung des Projektes im Rahmen einer Gesamtkonferenz statt. Die Eltern wurden rekrutiert, indem sie zunächst schriftlich und zwei Wochen später, an

einem zentral stattfindenden Elternabend zu Beginn des Schuljahres, persönlich über das Projekt informiert wurden. Die beiden Personengruppen wurden aufgefordert, die Teilnahme mit den Kindern zu besprechen. Um an der Untersuchung teilnehmen zu können, mussten die Eltern und Lehrerinnen eine im Informationsbrief enthaltene Einverständniserklärung unterschrieben abgeben und die daraufhin versendeten Fragebögen vollständig ausgefüllt zurückgeben. An der Grundschule wurde eine ähnliche Rekrutierungsstrategie gewählt, allerdings wurden hier die Eltern ausschließlich schriftlich über das Projekt informiert. Lehrerinnenkollegium, Schulkonferenz und der Schulelternbeirat wurden hingegen im Rahmen einer Gesamtkonferenz persönlich über das Projekt aufgeklärt. Die an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache erreichte Rücklaufquote bei von 41 % ist als gut einzuschätzen, die an der Grundschule als befriedigend (Rücklaufquote von 28 %).

Die gewählte Rekrutierungsstrategie bringt verschiedene potenzielle Selektionseffekte mit sich. Auch wenn die Eltern über zwei unterschiedliche Informationswege auf die Untersuchung aufmerksam gemacht wurden, hing sowohl die Teilnahme am zentralen Elternabend als auch das Lesen des Informationsbriefs von der Motivation der jeweiligen Eltern und ihrem Interesse am Thema „Schule“ und „Forschung“ ab. Weiterhin sorgten sprachliche Barrieren für eine Auslese. Das vollständige Ausfüllen und Abgeben des Fragebogens unterlag verschiedenen Einflussfaktoren, wie bspw. dem Leseverständnis, der Motivation und den zeitlichen Ressourcen, weshalb hier ein weiterer potenzieller Selektionseffekt vorhanden war. Da keine Informationen zu den nicht teilnehmenden Eltern vorliegen, kann nicht dargelegt werden, welcher der genannten potenziellen Selektionseffekte maßgeblichen Einfluss auf die Stichprobensammensetzung hatte.

Zur Repräsentativität der Stichprobe der sprachbehinderten Kinder lässt sich festhalten, dass der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund dem bundesdeutschen Durchschnitt entspricht. Bei den teilnehmenden Eltern sprachbehinderter Kinder handelt es sich um eine privilegierte Stichprobe, da sich insbesondere hinsichtlich des Bildungshintergrundes Unterschiede einstellen. Bei den Kindern der Grundschule finden sich weniger Kinder mit einem Migrationshintergrund als im bundesdeutschen Durchschnitt. Auch die Eltern der Grundschule können als privilegiert beschrieben werden, da sich erneut im Bereich des Bildungshintergrundes signifikante Unterschiede zum hessischen Durchschnitt einstellen.

4.2.2 Einschlusskriterien, testpsychologische Untersuchung und verwendete Testverfahren

Das Vorliegen einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung war aufseiten der Kinder der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache das Haupteinschlusskriterium, um in die Stichprobe aufgenommen werden zu können. Die zur Erfüllung dieses Kriteriums verwendeten Merkmale stimmen mit anderen nationalen und internationalen Studien, in deren Zentrum ebenfalls Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen standen, überein (Conti-Ramsden & Crutchley 1997; Conti-Ramsden et al. 2001; Noterdame & Amorosa 1998; Suchodoletz et al. 2004). Die Überprüfung der Kriterien fand, verglichen mit anderen Studien, sehr differenziert statt. Während in einigen Studien die Aktenlage, Einschätzung der Lehrerinnen/Therapeutinnen und/oder der Besuch einer bestimmten Institution (Sprachheilkindergarten, Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache) genügten (vgl. Conti-Ramsden & Crutchley 1997; Janczyk et al. 2004; Limm & Suchodoletz 1998; Sarimski et al. 2015), wurden in der vorliegenden Arbeit standardisierte und normierte Testverfahren (SET 5–10; CFT 1-R; CFT 20-R) sowie Eltern- und Lehrerinnenfragebögen zur Sicherstellung der Einschlusskriterien eingesetzt (vgl. Baker & Cantwell 1982; Beitchman et al. 1994; Noterdaeme & Amorosa 1998). Trotz der Erfüllung der Testgütekriterien beinhalten normierte Testverfahren, wie alle anderen Testverfahren auch, potenzielle Messfehler. So können die Tagesverfassung und Stimmung des Kindes sowie die Rahmenbedingungen die Testergebnisse beeinflussen. Der intensive Kontakt zu den Schülern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache ermöglichte allerdings vor Beginn der Testung eine Entscheidung darüber, ob die aktuelle Verfassung des Kindes eine Testung erlaubte. Störfaktoren während der Testphase wurden durch die Wahl des Raumes weitgehend ausgeschlossen und die Kinder durch die Etablierung einer Rahmenhandlung zur Teilnahme und Leistungsbereitschaft motiviert. Darüber hinaus fanden alle Testungen ausschließlich am Vormittag statt. Da die Schüler der Untersucherin aus der Unterrichtspraxis hinlänglich bekannt sind, kann nicht von einer vollständigen Objektivität ausgegangen werden. Die standardisierten Vorgaben der testpsychologischen Untersuchungsinstrumente sicherten allerdings eine weitgehende Objektivität. Durch die verschiedenen Maßnahmen wurde versucht, eine weitgehende Reduzierung der potenziellen Einflussfaktoren zu erreichen.

Neben den zur Überprüfung der Einschlusskriterien eingesetzten Testverfahren wurden weitere normierte und standardisierte Testverfahren zur Beantwortung der Fragestellungen eingesetzt (CCC-2; EBI; SDQ). Die „Children’s Communication Checklist“

von Bishop (2003) erfasst die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten von Kindern mithilfe eines Fragebogens, in welchem Aussagen zu verschiedenen Bereichen der pragmatischen Kompetenz auf einer fünfstufigen Skala von Lehrerinnen, Eltern (oder sonstigen Erwachsenen mit regelmäßigem Kontakt von drei- bis viermal pro Woche seit den letzten drei Monaten), Psychologinnen oder Therapeutinnen bewertet werden müssen. Während bei den „sonstigen Erwachsenen“ genau angegeben wird, in welcher Häufigkeit und seit welchem Zeitraum ein Kontakt zum Kind bestehen muss (vgl. Bishop 2003, S. 10), ist dieses Kriterium bei den Fachpersonen nicht aufgeführt. Die Bewertung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen ist im CCC-2 von der subjektiven Wahrnehmung der befragten Person, deren Beziehung zum Kind und Beobachtungsfähigkeiten abhängig. Eine vollständige Objektivität liegt somit nicht vor.

Auch im SDQ ergibt sich durch die Befragung einzelner Personen das soeben beschriebene Problem. Durch die Bearbeitung des SDQ von verschiedenen Personengruppen (Väter, Mütter und Lehrerinnen), wie es in der hier vorliegenden Untersuchung stattgefunden hat, und das Ergebnis, dass sich Mütter, Väter und Lehrerinnen in ihrer Wahrnehmung bezüglich der sozial-emotionalen Entwicklung des jeweiligen Kindes nicht signifikant voneinander unterscheiden, erfüllt das Testverfahren den Anspruch auf Objektivität, wenngleich nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, ob Väter und Mütter den Fragebogen getrennt voneinander bearbeitet haben.

Das EBI erfasst bewusst das subjektive Belastungsempfinden von Eltern, sodass sich die Frage nach der „Objektivität“ bei diesem testpsychologischen Untersuchungsinstrument nicht stellt. Auch wenn die Eltern, wie beim SDQ, dezidiert darauf hingewiesen wurden, die Bearbeitung der Fragebögen getrennt voneinander zu vollziehen, kann davon nicht in allen Fällen ausgegangen werden. Das Ergebnis, dass sich die Belastung von Müttern und Vätern allerdings in einem Großteil der Teil- und Subskalen signifikant voneinander unterscheidet, spricht für eine mehrheitlich unabhängige Bearbeitung der beiden Personengruppen.

In der vorliegenden Arbeit wurde zudem die interne Konsistenz der einzelnen Testverfahren geprüft. In nahezu allen Teilskalen und einem Großteil der Subskalen wurden Reliabilitätswerte von $> .65$ erreicht. Teilweise wurden in der vorliegenden Untersuchung bessere Werte erreicht als in den Normierungsstichproben der Testverfahren, sodass insgesamt von einer auf jeden Fall zufriedenstellenden internen Konsistenz ausgegangen werden kann.

Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Quer- und keine Längsschnittuntersuchung handelt, wurden hypothesengeleitet explorative Pfadanalysen zur

Gewinnung von Erkenntnissen bezüglich der Wirkrichtungen der einzelnen Faktoren durchgeführt. Bedingt durch eine Stichprobengröße von kleiner als 100 in der Gruppe der Mütter, Väter und Kinder der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache, wird es in der Zukunft notwendig sein, die Pfadmodelle an einer größeren Stichprobe zu überprüfen. Die erreichten Modellpassungswerte in der vorliegenden Untersuchung stützen die berechtigte Hoffnung einer guten Anpassungsgüte der theoretischen Modellstruktur an die empirischen Daten.

4.2.3 Stichprobengröße und Ausfallquote

An der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache liegen von 70 Schülern vollständige Daten sowie zu drei weiteren Schülern Einzelergebnisse vor. In 61 Fällen nahmen Mutter und Vater an der Untersuchung teil sowie in zehn Fällen nur die Mutter und in zwei Fällen nur der Vater des jeweiligen Kindes. An der Grundschule liegen Datensätze zu 96 Kindern vor. 96 Mütter und 81 Väter bearbeiteten hier die Fragebögen. Insgesamt nahmen an der Untersuchung 167 Mütter und 144 Väter von 169 Kindern teil.

Weder im angloamerikanischen noch im deutschen Sprachraum existieren Forschungsarbeiten mit der gleichen Fragestellung. Verglichen werden kann die Stichprobengröße der vorliegenden Untersuchung mit Forschungsarbeiten, welche Teilaspekte thematisieren. An der Untersuchung von Sarimski et al. (2015) zum Zusammenhang von pragmatischen Kompetenzen und sozial-emotionalen Problemen sprachtherapiegestörter Kinder nahmen 41 Kinder teil. Die Eltern wurden in die Untersuchung nicht einbezogen. Ketelaars et al. (2010) rekrutierten zu einer ähnlichen Fragestellung 1364 Kinder. In beiden genannten Forschungsarbeiten wurden die Fragebögen von den Lehrerinnen der jeweiligen Kinder ausgefüllt. Zum Zusammenhang von elterlichem Stress und der sozial-emotionalen Entwicklung liegen Forschungsarbeiten von Hintermair (2006), Anthony et al. (2005), Braune-Krickau et al. (2005) sowie Cina und Bodenmann (2009) vor. In diesen Forschungsarbeiten stehen allerdings keine sprachentwicklungsgestörten Kinder und deren Eltern im Zentrum, sondern Kinder mit keinen oder sonstigen Auffälligkeiten in der Entwicklung. Die Ergebnisse von Hintermair (2006) basieren auf der Befragung von 213 Müttern, 213 Vätern und deren Kindern. In der Untersuchung von Anthony et al. (2005) liegen Informationen zu 307 Kindern vor. Braune-Krickau et al. (2005) befragten 69 Familien (31 Mädchen, 38 Jungen). In 45 Familien füllten beide

Elternteile die Fragebögen aus sowie in 22 Fällen nur die Mütter und in zwei Fällen nur die Väter. Cina und Bodenmann (2009) konnten 255 Elternpaare befragen.

Verglichen mit Arbeiten aus dem deutschen Sprachraum (Braune-Krickau et al. 2005, Cina & Bodenmann 2009, Hintermair 2006; Sarimski et al. 2015), konnte eine akzeptable Stichprobengröße erreicht werden. Teilweise wurde in den Untersuchungen eine deutlich geringere Probandenanzahl gewonnen, teilweise konnte auf die Datensätze einer größeren Stichprobe zurückgegriffen werden. Mit der Forschungsarbeit von Kete-laars et al. (2010) ist die vorliegende Untersuchung nicht konkurrenzfähig.

4.3 Diskussion der Ergebnisse

4.3.1 Sozial-emotionale Entwicklung

In einem ersten Schritt wurden die sozial-emotionalen Fähigkeiten sprachbehinderter Kinder mittels des SDQ überprüft. Bearbeitet wurde der SDQ von den Eltern und Klassenlehrerinnen der sprachbehinderten Kinder. Die ermittelte Prävalenzrate an sozial-emotionalen Auffälligkeiten entspricht in etwa den Darstellungen von Baker und Cantwell (1982, 1987), Beitchman et al. (1990, 2001), Lindsay und Dockrell (2000), Long et al. (2008), Sarimski et al. (2015), Snowling et al. (2006) sowie Suchodoletz und Keiner (1998). Sprachentwicklungsgestörte Kinder sind demnach zwei- bis dreimal häufiger von sozial-emotionalen Auffälligkeiten betroffen.

Lindsay und Dockrell (2000) überprüften wie in der vorliegenden Untersuchung die sozial-emotionalen Fähigkeiten sprachbehinderter Kinder mittels des SDQ. Sowohl das Durchschnittsalter als auch die Geschlechterverteilung stimmen nahezu mit der vorliegenden Untersuchung überein. Die Höhe des Gesamtproblemwerts von Lindsay und Dockrell (2000) entspricht ungefähr dem Wert aus der Mütterbefragung. Auch in den emotionalen Problemen und dem prosozialen Verhalten stellen sich zwischen den beiden Forschungsarbeiten nur geringfügige Unterschiede ein. Größere Abweichungen können bei den Verhaltens- und Hyperaktivitätsproblemen beobachtet werden. Die Probandengruppe von Lindsay und Dockrell (2000) ist 1.5- bis zweimal häufiger von Hyperaktivitäts- und Verhaltensproblemen betroffen als die Kinder der vorliegenden Untersuchung. Sowohl die Mütter und Väter der vorliegenden Untersuchung als auch die Eltern in der Untersuchung von Lindsay und Dockrell (2000) sehen in der Hyperaktivität den größten Problembereich der Kinder. Wie in der Untersuchung von Lindsay und

Dockrell (2000) erreichen die Kinder im prosozialen Verhalten nahezu unauffällige Werte.

Die Ergebnisse aus der Lehrerinnenbefragung können mit den Ergebnissen von Lindsay und Dockrell (2000) und zusätzlich mit den Untersuchungsergebnissen von Sarimski et al. (2015) verglichen werden. Letztere Arbeit eignet sich ebenfalls für eine Gegenüberstellung, da die Probandengruppe das gleiche Durchschnittsalter aufweist. Die Häufigkeit an Verhaltensproblemen in der vorliegenden Untersuchung entspricht der Häufigkeit an Verhaltensproblemen in der Untersuchung von Lindsay und Dockrell (2000). Die Häufigkeit an emotionalen Problemen ist mit der Untersuchung von Sarimski et al. (2015) sowie Noterdaeme und Amorosa (1998) vergleichbar. Die Untersuchungsergebnisse von Noterdaeme und Amorosa (1998) unterstützen zudem die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich der Häufigkeit an Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen. Insgesamt liegen die Auffälligkeitswerte der vorliegenden Untersuchung in einigen Bereichen sowohl unter den Werten von Lindsay und Dockrell (2000) als auch unter den Werten von Sarimski et al. (2015). Möglicherweise sind die zum Teil besseren Werte in einzelnen Bereichen des SDQ in der vorliegenden Untersuchung auf das Gewaltpräventionsprogramm „Faustlos“ zurückzuführen. Das Konzept zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen wird einmal wöchentlich über 45 min mit den Kindern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache durchgeführt.

Wie zuvor bei den Eltern stellt sich auch bei der Befragung der Lehrerinnen das hyperaktive Verhalten als der größte Problembereich der Kinder heraus. Die Untersuchungen von Baker und Cantwell (1987), Beitchman et al. (1986), Conti-Ramsden und Botting (2004), Noterdaeme und Amorosa (1989) und St. Clair et al. (2011) stützen dieses Ergebnis. Erklärt werden kann dieses Ergebnis anhand der negativen Spirale sozialer Konsequenzen. Die womöglich aufgrund der nicht altersentsprechenden sprachlichen Fähigkeiten eintretenden Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozesse tragen zur Entwicklung kompensatorischer Strategien zur Aufmerksamkeitsgewinnung bei (wie z. B. hyperaktives und impulsives Verhalten). Zusätzlich beeinflussen vermutlich die mangelnden sprachlichen Kompetenzen die Teilnahme am Unterricht. Schulisches Wissen wird hauptsächlich sprachlich vermittelt, sodass die Kinder womöglich häufigen Situationen des Miss- und Nichtverstehens ausgesetzt sind und durch unaufmerksames und zappeliges Verhalten in Erscheinung treten.

Während in der Elternbefragung die Werte im prosozialen Verhalten nahezu unauffällig sind, gilt das für die Befragung der Lehrkräfte nicht. Sowohl in der Untersuchung von Lindsay und Dockrell (2000) als auch in der eigenen Untersuchung sind die Auffäl-

ligkeitswerte deutlich erhöht. Insgesamt müssen die Forschungsergebnisse zum prosozialen Verhalten als widersprüchlich bewertet werden.

Nach der Bewertung der Lehrkräfte sind die Kinder am geringsten von emotionalen Problemen betroffen. Nach der Elternbefragung gehören die emotionalen Probleme hingegen zu den größten Problembereichen der Kinder. Auch bei St. Clair et al. (2011) erreichten die emotionalen Probleme im Alter von acht Jahren ihren Höhepunkt. Es kann vermutet werden, dass emotionale Probleme von den Eltern besser wahrgenommen werden können als von den Lehrkräften. Kopf- und Bauchschmerzen sowie Ängste und Sorgen werden von einem Kind womöglich eher im häuslichen Umfeld geäußert als im schulischen Kontext. Dementsprechend liegt der Auffälligkeitswert in der Elternbefragung über dem Auffälligkeitswert in der Lehrerinnenbefragung.

Hinsichtlich des Einflusses soziodemografischer Merkmale lässt sich festhalten, dass sich Jungen und Mädchen in der vorliegenden Untersuchung in keinem Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung signifikant voneinander unterscheiden. Auch bei Lindsay und Dockrell (2000) stellten sich im Lehrerinnenurteil in keinem Bereich des SDQ signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ein. Die Eltern bei Lindsay und Dockrell (2000) sprachen hingegen den Jungen signifikant mehr Hyperaktivitäts- und Verhaltensprobleme zu als den Mädchen. Auch im Gesamtproblemwert schnitten die Jungen signifikant schlechter ab als die Mädchen. In der Untersuchung von Sarimski et al. (2015) schnitten die Mädchen im prosozialen Verhalten signifikant besser ab als die Jungen. In allen anderen Bereichen konnten keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden. Mit Ausnahme des Elternurteils in der Untersuchung von Lindsay und Dockrell (2000) sind die vorliegenden Ergebnisse zum Einfluss des Geschlechts mit den Ergebnissen aus den Untersuchungen von Sarimski et al. (2015) und Lindsay und Dockrell (2000) vergleichbar. Auch Beitchman et al. (1996a), Baker und Cantwell (1987) sowie Botting und Conti-Ramsden (2000) stellten keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern fest.

Kinder alleinerziehender Mütter erreichen sowohl im Urteil der Mütter als auch im Urteil der Klassenlehrerinnen im Gesamtproblemwert signifikant höhere Auffälligkeitswerte als Kinder aus vollständigen Familien. Der Einfluss des Faktors „alleinerziehend“ wurde in keiner Studie zur sozial-emotionalen Entwicklung sprachbehinderter Kinder überprüft. Allerdings liegen Daten aus dem Kinder- und Jugendsurvey (vgl. Hölling & Schlack 2008) und einer Untersuchung von Franz und Lesche (2003) vor, welche die vorliegenden Befunde unterstützen. Nach Hölling und Schlack (2008) sind Kinder alleinerziehender Mütter knapp doppelt so häufig von sozial-emotionalen Auffälligkei-

ten betroffen wie Kinder aus vollständigen Familien. Auch Franz und Lensche (2003) stellten fest, dass Jungen alleinerziehender Mütter signifikant häufiger von Verhaltensauffälligkeiten betroffen sind als Jungen aus vollständigen Familien. Alleinerziehende Mütter sind zahlreichen Belastungen ausgesetzt, die sich auf die sozial-emotionale Entwicklung ihres Kindes auswirken können. Das geringere Einkommen, das erhöhte Armutsrisiko, die schlechtere Wohnsituation, die mangelnden zeitlichen Ressourcen, die fehlende weitere Bezugsperson für das Kind sowie häufigere chronische körperliche und psychische Erkrankungen der Mütter stellen Risikofaktoren für die sozial-emotionale Entwicklung der Kinder aus Einelternhaushalten dar (vgl. Franz & Lesche 2003).

Der Einfluss des Faktors „Migrationshintergrund“ wurde ebenfalls überprüft. In der Befragung der Mütter stellen sich in der vorliegenden Untersuchung im Bereich „Hyperaktivitätsprobleme“ signifikante Unterschiede ein. Kinder mit Migrationshintergrund sind signifikant seltener von Hyperaktivitätsproblemen betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Auch im Kinder- und Jugendsurvey berichteten Familien von Kindern mit Migrationshintergrund signifikant seltener von einer ADHS-Diagnose (vgl. Schlack, Hölling, Kurth & Huss 2007). Die Väter und Klassenlehrerinnen sehen in der sozial-emotionalen Entwicklung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund keine Unterschiede. Auch Sarimski et al. (2015) konnten in keinem erfassten Bereich des SDQ signifikante Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund feststellen. Schlack et al. (2007) erklärten die geringere Häufigkeit an ADHS-Diagnosen mit der „unterschiedlichen Symptomtoleranz“ der Kulturen und der „Unterdiagnostizierung“ von ADHS in Familien mit Migrationshintergrund (S. 833).

Als weiterer familiärer Einflussfaktor wurde der Bildungshintergrund der Eltern überprüft. In der vorliegenden Untersuchung stellt sich dieser Faktor als unbedeutsam heraus. Auch Hintermair (2006), Ketelaars et al. (2015) sowie St. Clair et al. (2011) konnten keine Einflussnahme des Bildungshintergrunds auf die sozial-emotionalen Fähigkeiten feststellen. Conti-Ramsden und Botting (2004) beobachteten hingegen einen Einfluss des Bildungshintergrunds der Mutter. 84 % der Kinder mit einem hohen SDQ-Gesamtproblemwert hatten Mütter mit einem niedrigen Bildungshintergrund, während es nur 70 % der Kinder von Müttern mit hohem Bildungshintergrund waren. Im Kinder- und Jugendsurvey war der Bildungshintergrund der Eltern, neben der beruflichen Stellung und dem Haushaltsnettoeinkommen Teil des sozioökonomischen Status (vgl. Lampert, Müters, Stolzenberg & Kroll 2014). Auch hier beeinflusste der sozioökonomische Status das Abschneiden im SDQ. Während in der Gruppe der Kinder mit niedri-

gem sozioökonomischen Status 23 % einen grenzwertigen oder auffälligen Gesamtwert erreichten, waren es in der Gruppe der Kinder mit hohem sozioökonomischen Status nur 8 % (vgl. Hölling et al. 2007). Die zu der vorliegenden Untersuchung widersprüchlichen Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendsurvey sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass im Kinder- und Jugendsurvey nicht ausschließlich der Einfluss des Bildungshintergrundes geprüft wurde, sondern zwei weitere Faktoren Bestandteil des sozioökonomischen Status waren. Weshalb sich in der Untersuchung von Botting und Conti-Ramsden (2004) der Bildungshintergrund der Mütter als bedeutsam für die sozial-emotionale Entwicklung herausstellte, kann aus den vorliegenden Daten nicht geschlossen werden.

Art und Ausprägung der Sprachbehinderung, erfasst mit dem SET 5-10, sind für die Bewertung der sozial-emotionalen Entwicklung durch die Eltern unbedeutsam. Dieses Ergebnis wird durch Suchodoletz und Keiner (1998) bestätigt. Nur in der Stichprobe der Lehrerinnen zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen den rezeptiven Fähigkeiten und dem prosozialem Verhalten. Die Bedeutsamkeit rezeptiver Kompetenzen wird durch eine Untersuchung von Snowling et al. (2006) unterstützt, wonach Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen im Bereich der Aufmerksamkeitsstörungen schlechter abschneiden und auch häufiger von einer Kombination aus Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens betroffen sind. Beitchman et al. (1996b) betonen ebenfalls die Gefahr von sozial-emotionalen Auffälligkeiten bei Kindern mit Sprachverständnisstörungen. Die Besonderheit der rezeptiven Sprachstörung ist darin zu sehen, dass sie, im Vergleich zu expressiven Störungen, lange unentdeckt bleibt, wodurch sich gravierende psychosoziale und schulische Folgestörungen entwickeln können. Dass sich in der Elternbefragung keine und in der Lehrerbefragung nur in einem Subtest Unterschiede einstellen, ist als positiv zu bewerten. Offensichtlich gelingt es den Eltern und Lehrerinnen der Stichproben auf die spezifischen Bedürfnisse sprachverständnisgestörter Kinder einzugehen und sie, nicht weniger als Kinder mit expressiven Sprachstörungen, in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Berücksichtigt man zusätzlich zur Diskussion des genannten Zusammenhangs die Ergebnisse aus der Pearson-Korrelation zwischen dem Gesamtwert „Sprache“ der CCC-2 und dem SDQ, zeigt sich, dass die Ausprägung der Sprachbehinderung durchaus für die sozial-emotionale Entwicklung von Relevanz ist. Baker und Cantwell (1983) sowie McCabe (2005) stellten ebenfalls fest, dass die Ausprägung der Sprachbehinderung mit der Bewertung der sozial-emotionalen Kompetenz in einem Zusammenhang steht. Mit der Komplexität der Sprachbehinderung neh-

men womöglich die Probleme in der Peer-Interaktion zu und damit auch die sozial-emotionalen Auffälligkeiten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die vorliegende Untersuchung nationale und internationale Ergebnisse zur sozial-emotionalen Entwicklung sprachbehinderter Kinder weitgehend stützt. Sprachentwicklungsgestörte Kinder sind demnach in ca. 40 % bis 50 % der Fälle von sozial-emotionalen Auffälligkeiten betroffen, mit einer Dominanz der Hyperaktivitätsprobleme. Geschlecht und Migrationshintergrund des Kindes sowie der Bildungshintergrund der Eltern haben nahezu keinen Einfluss auf die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes. Eine unvollständige Elternschaft erhöht die Wahrscheinlichkeit für sozial-emotionale Auffälligkeiten. Ob die Ausprägung der Sprachbehinderung für die sozial-emotionale Entwicklung bedeutsam ist, kann abschließend nicht sicher beantwortet werden.

4.3.2 Elterliches Belastungserleben

Zur Erfassung des elterlichen Belastungserlebens wurde das EBI von den teilnehmenden Vätern und Müttern bearbeitet. In den Subskalen „Anforderung“ und „Hyperaktivität“ erreichen die Mütter und Väter sprachentwicklungsgestörter Kinder die höchsten individuellen Belastungswerte im Kindbereich. Bei Schaunig et al. (2004) gaben die Mütter ebenfalls die Ablenkbarkeit des Kindes als einen der größten Belastungsfaktoren an. Sowohl in der vorliegenden Untersuchung als auch in verschiedenen anderen Untersuchungen erreichten die sprachbehinderten Kinder auf der Skala „Hyperaktivität“ des SDQ die höchsten Werte (vgl. Lindsay & Dockrell 2000; Noterdaeme & Amorosa 1998; Sarimski et al. 2015; St. Clair et al. 2011). Hyperaktives, unaufmerksames und impulsives Verhalten ist offensichtlich einer der größten Problembereiche sprachbehinderter Kinder mit großen Auswirkungen auf das elterliche Belastungserleben (vgl. Long et al. 2008). Erhöhte Werte auf der Skala „Anforderung“ stellen sich insbesondere bei Eltern von behinderten oder verhaltensauffälligen Kindern ein (vgl. Tröster 2010). Beachtet man, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder sowohl von einer Behinderung als auch von Verhaltensauffälligkeiten betroffen sind, verwundert es nicht, dass die Eltern sprachbehinderter Kinder auf dieser Skala erhöhte Belastungswerte aufweisen. Die sprachlichen und sozial-emotionalen Auffälligkeiten tragen erheblich dazu bei, dass die Eltern einer hohen Beanspruchung durch ihr Kind ausgesetzt sind.

Im Elternbereich erzielen die Mütter der vorliegenden Untersuchung in den Skalen „Elterliche Kompetenz“ und „Depression“ die höchsten individuellen Belastungswerte. In der Untersuchung von Schaunig et al. (2004) erreichten die Mütter ebenfalls in den beiden genannten Subskalen die höchsten Belastungswerte. Unabhängig vom Alter des Kindes scheinen sich Mütter sprachbehinderter Kinder nicht ausreichend kompetent in der Erziehung ihres Kindes zu fühlen und an depressiven Kognitionen und Emotionen zu leiden. Dass Mütter sprachbehinderter Kinder verstärkt von Angststörungen und Depressivität betroffen sind, zeigt auch eine Studie von Rudolph et al. (2004) sowie Gräbel et al. (2007). Die sich durch die Sprachbehinderung einstellenden Veränderungen in der Lebens- und Beziehungssituation können u. U. zu einem erhöhten Belastungserleben aufseiten der Eltern führen. Stehen den Eltern nicht ausreichende Ressourcen und Coping-Strategien zur Verfügung, können dauerhafte Überforderungstendenzen und eine eingeschränkte Lebensqualität die Entwicklung emotionaler Störungen begünstigen (vgl. Rudolph et al. 2004). Auch für die Väter stellen die depressiven Kognitionen eine große Quelle der Belastung dar.

Möglicherweise wirkt sich aber nicht nur die Sprachentwicklungsstörung auf das Wohlbefinden der Eltern aus, sondern auch das Vorliegen einer Depression auf die Sprachentwicklung des Kindes. Ergebnisse zu diesem Zusammenhang liegen zum Vorschulalter vor. Eine Depression führt nicht nur zu einem Interaktionsverhalten, das durch mangelnde Responsivität, Überstimulation, weniger positive Emotionen sowie ein vermindertes mimisches Ausdrucksverhalten geprägt ist, sondern auch zu Veränderungen im Sprachmuster, die sich negativ auf die sprachliche Entwicklung auswirken können (vgl. Breznitz & Sherman 1987). Somit könnte die Sprachentwicklungsstörung Ursache oder Folge depressiver Stimmungen sein (vgl. Rudolph et al. 2004).

Das Belastungserleben von Vätern sprachbehinderter Kinder wurde bisher weder im nationalen noch internationalen Sprachraum untersucht. Mütter und Väter unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Belastung in den Subskalen „Anforderung“, „Gesundheit“ und „Persönliche Einschränkungen“ signifikant voneinander. In allen drei Bereichen liegen die Belastungswerte der Mütter über den Belastungswerten der Väter. Auch bei Hintermair (2005) lagen die Belastungswerte der Mütter hörgeschädigter Kinder im PSI tendenziell über den Belastungswerten der Väter. Es kann vermutet werden, dass diese Ergebnisse mit der Rollenverteilung in der Kindererziehung zusammenhängen. Noch immer tragen die Mütter die Hauptverantwortung für die Erziehung der Kinder, geben hierfür ihren Beruf ganz oder teilweise auf und vernachlässigen die Befriedigung eigener Bedürfnisse (vgl. Rudolph et al. 2004). Diese Rollenverteilung führt möglicherweise

dazu, dass die Mütter mehr als die Väter in der Erziehung des Kindes gefordert sind, diese Anforderungen verstärkt als Quelle der Belastung erfahren und auch vermehrt das Gefühl haben, sich persönlich einschränken und auf vieles verzichten zu müssen. In den Teilskalen unterscheiden sich Mütter und Väter sprachbehinderter Kinder im Gesamtwert des Elternbereichs und dem EBI-Gesamtwert signifikant voneinander. Im EBI-Gesamtwert können allerdings nur dann signifikante Unterschiede beobachtet werden, wenn die Skala „Partnerbeziehung“ nicht in die Berechnung einbezogen wird. Es kann vermutet werden, dass dies mit den alleinerziehenden Eltern im Zusammenhang steht, die unter Berücksichtigung der Skala „Partnerbeziehung“ ausgeschlossen werden. Das starke Belastungserleben aufseiten der alleinerziehenden Mütter im Zusammenhang mit einer deutlich höheren Anzahl Alleinerziehender in der Gruppe der Mütter führt zu einer Verschiebung der Signifikanzwerte in dieser Teilskala. Mütter sprachbehinderter Kinder sind insbesondere im Elternbereich einer deutlich höheren Belastung ausgesetzt als die Väter. Die Charakteristika und Verhaltensdispositionen des Kindes fordern Mütter und Väter hingegen in ähnlichem Maße.

Das Geschlecht und das Alter des Kindes haben keinen Einfluss auf das elterliche Belastungserleben. Unterstützt werden diese Ergebnisse durch die Untersuchungen von Schaunig et al. (2004) und Gräbel et al. (2007), in der sich ebenfalls das Geschlecht und das Alter des Kindes als unbedeutsam für das elterliche Wohlbefinden erwiesen. Bei Hintermair (2005) spielte das Geschlecht des Kindes für das mütterliche Belastungserleben eine Rolle und bei Frey et al. (1989) für das väterliche Belastungserleben. Die Bedeutsamkeit des Alters für das elterliche Belastungserleben wird von Hintermair und Horsch (1998) belegt, wobei sie hervorheben, dass jedes Alter des Kindes unterschiedliche Herausforderungen für die Eltern mit sich bringt. Insgesamt scheinen Alter und Geschlecht des Kindes nur wenig Einfluss auf das elterliche Belastungserleben auszuüben.

Auch der Bildungshintergrund der Eltern ist bedeutungslos für das elterliche Belastungserleben. Gräbel et al. (2007) und Hintermair (2006) prüften ebenfalls den Einfluss des Bildungshintergrunds auf die psychische Gesundheit. Wie in der vorliegenden Untersuchung konnten auch sie keinen Einfluss dieses Faktors feststellen. Auf Grundlage der Erkenntnisse von Yau und Li-Tsang (1999) hätte allerdings vermutet werden können, dass der Bildungsstatus der Eltern als personale Ressource wirksam wird und Eltern mit höherem Bildungsabschluss geringere Belastungswerte erzielen als Eltern mit keinem oder einem Hauptschulabschluss. Offensichtlich scheint es aber so zu sein, dass ein höherer Bildungsabschluss nicht dazu beiträgt, mit Belastungssituationen besser umgehen zu können, sondern die Entwicklung von Coping-Strategien an andere Kom-

petenzen wie z. B. das Kohärenzgefühl oder soziale Ressourcen geknüpft ist (vgl. Hintermair 2002).

Das eigene Alter spielt für das mütterliche und väterliche Belastungserleben keine Rolle. Bestätigung findet dieses Ergebnis durch die Untersuchung von Gräbel et al. (2007), in der sich ebenfalls das Alter für die psychische Gesundheit als unbedeutsam herausstellte.

Der Faktor „unvollständige Elternschaft“ wirkt sich auf einige Skalen des EBI negativ aus. Alleinerziehende Mütter erreichen signifikant höhere Belastungswerte in den Subskalen „Anpassungsfähigkeit“, „Soziale Isolation“ und „Gesundheit“ sowie in den Teilskalen „Kindbereich“, „Elternbereich“ und EBI-Gesamt, Letztere jeweils ohne Berücksichtigung der Skala „Partnerbeziehung“. Dass sich signifikante Unterschiede nur dann einstellen, wenn die Skala „Partnerbeziehung“ nicht berücksichtigt wird, ist darauf zurückzuführen, dass die Gruppe alleinerziehender Mütter unter Einbezug der Skala „Partnerbeziehung“ aufgrund der „missing data“ in dieser Skala aus der Berechnung ausgeschlossen wird. Eine Untersuchung des Robert-Koch-Instituts belegt die schlechtere gesundheitliche Situation alleinerziehender Mütter im Vergleich zu Müttern aus Paarhaushalten (vgl. Helfferich, Hendel-Kramer & Klindworth 2003). Die schlechtere ökonomische Situation, das höhere Armutsrisiko, die alleinige Verantwortung für die Haushaltsführung und Erziehung der Kinder sowie die geringeren zeitlichen Ressourcen tragen vermutlich zu einer hohen Belastung alleinerziehender Mütter und Väter bei (vgl. Helfferich et al. 2003, S. 5).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Eltern sprachbehinderter Kinder insbesondere durch das hyperaktive Verhalten des Kindes und die spezifischen Anforderungen einer erhöhten Belastung ausgesetzt fühlen. Sie hinterfragen vor allem ihre elterliche Kompetenz und leiden unter depressiven Kognitionen und Stimmungen. Mütter fühlen sich mehr als die Väter durch die spezifischen Anforderungen infolge der Sprachbehinderung des Kindes belastet und geben häufiger gesundheitliche Probleme und Einschränkungen in der persönlichen Lebensführung als Quelle der Belastung an. Das Geschlecht des Kindes, der Bildungshintergrund und das eigene Alter sind für das elterliche Belastungserleben nicht relevant. Alleinerziehende Eltern sind hingegen in einigen Bereichen einer höheren Belastung ausgesetzt als Eltern, die gemeinsam mit einem Partner für die Erziehung des Kindes verantwortlich sind.

4.3.3 Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten

Der CCC-2 wurde zur Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten eingesetzt. Bearbeitet wurde der Fragebogen von den Klassenlehrerinnen der teilnehmenden Schüler. Auf den Subskalen zur Aufdeckung pragmatischer Defizite zeigt sich, dass die Kinder der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache im Bereich „Kohärenz“ neben der nonverbalen Kommunikation die größten Probleme haben. Auch in der Validierungsstudie der CCC-2 gehörte der Aufbau von Kohärenz im Gespräch zu den beiden größten Problembereichen der Kinder (vgl. Bishop 2003, S. 37). Bei Sarimski et al. (2015) lagen hingegen überraschenderweise bei keinem Kind Auffälligkeiten im Bereich „Kohärenz“ vor.

Unterdurchschnittliche Leistungen in den nonverbalen Fähigkeiten zeigten knapp 60 % der Kinder der vorliegenden Untersuchung. Bei Cantwell und Baker (1989) vermieden 40 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder den Blickkontakt. Auch Osman et al. (2011) beobachteten signifikante Unterschiede in den nonverbalen Fähigkeiten von sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern. Auf Grundlage der Ergebnisse der eigenen Untersuchung und anderer Studien kann davon ausgegangen werden, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder von Defiziten im Bereich der nonverbalen Fähigkeiten betroffen sein können.

Im Untertest „Kontextgebrauch“ liegt der Wert von mehr als 50 % der Kinder im unterdurchschnittlichen Bereich. In der Untersuchung von Sarimski et al. (2015) traf das zwar nur auf 25 % der Kinder zu, dennoch war dieser Bereich am zweitstärksten von Auffälligkeiten betroffen. Bei Bishop (2003) zeigten die Kinder in dem genannten Untertest die geringsten Kompetenzen, verglichen mit den anderen Subtests zur Analyse der pragmatischen Kompetenzen (vgl. S. 37). Sprachentwicklungsgestörte Kinder scheinen mit dem Gebrauch des Kontextes Schwierigkeiten zu haben. In welcher Häufigkeit diese Schwierigkeiten vorkommen, ist widersprüchlich.

Wie bei Sarimski et al. (2015) zeigen die Kinder im Subtest „Stereotype Sprache“ mit die geringsten Auffälligkeiten. Bei Sarimski et al. (2015) waren allerdings nur 10 % der Kinder von Auffälligkeiten in diesem Bereich betroffen, während in der vorliegenden Untersuchung bei ca. 50 % der Kinder der Wert im unterdurchschnittlichen Bereich lag. Bei Bishop und Norbury (2002) erreichten 21 % der Kinder mit typischer SSES und 53 % der Kinder mit PKS (ohne zusätzliche Störungen) unterdurchschnittliche Werte in diesem Bereich. Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen können u. U. einen stereoty-

pen Sprachgebrauch zeigen. Die Prävalenzangaben schwanken zwischen 10 % und 50 %.

Probleme beim Initiieren von Gesprächen zeigten in der vorliegenden Untersuchung ca. 35 % der Kinder. Dieser Wert entspricht dem Wert in der Untersuchung von Sarimski et al. (2015).

Neben diesen Subtests beinhaltet die CCC-2 zwei Subtests zur Erfassung autistischer Charakteristika. In den sozialen Beziehungen erreichten ca. 60 % der Kinder auffällige Werte. Von einer ähnlichen Häufigkeit berichten Cantwell und Baker (1989). Je nach überprüftem Bereich sozialer Interaktion schwankten die Angaben zwischen 43 % und 73 %. Bei Durkin und Conti-Ramsden (2007) erreichten 40 % der Jugendlichen mit einer SSES niedrigere Werte in der Freundschaftsqualität. Auch Gertner et al. (1994) sowie Fujiki et al. (1997) und Fujiki et al. (1999) weisen auf die Störungen in der Interaktion von Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen hin. Bei Sarimski et al. (2015) lagen hingegen nur bei 15 % der Kinder die Werte im Subtest „Soziale Beziehungen“ im auffälligen Bereich. Mit Ausnahme des Wertes aus der Untersuchung von Sarimski et al. (2015) liegen die Prävalenzraten zu Auffälligkeiten in den sozialen Beziehungen in allen anderen Untersuchungen zwischen 40 % und 60 %.

Von eingeschränkten und auf Spezialthemen fokussierten Interessen berichten in der vorliegenden Untersuchung 15 % der Lehrkräfte. Dieser Wert entspricht der Untersuchung von Bishop und Norbury (2002), in welcher 10 % der Kinder mit typischer SSES und 23 % der Kinder mit PKS eingeschränkte Interessen zeigten.

Kinder mit pragmatischen Kommunikationsstörungen und typischen Sprachentwicklungsstörungen unterscheiden sich in der vorliegenden Untersuchung in den Subskalen „Syntax“, „Semantik“, „Soziale Beziehungen“ und „Interessen“ sowie in den Teilskalen „GCC“ und im Gesamtwert „Sprache“ signifikant voneinander. In den beiden erstgenannten Skalen und den beiden Teilskalen schneiden die Kinder mit PKS besser ab, wohingegen in den beiden Skalen zur Aufdeckung autistischer Charakteristika die Kinder mit typischer SSES besser abschneiden. Auch bei Bishop (2003) und Gibson et al. (2013) zeigen die PKS-Kinder im formalsprachlichen Bereich geringere Defizite als die SSES-Kinder (vgl. S. 43). Dass Kinder mit PKS in den sozialen Beziehungen schlechter abschneiden, wird durch Gibson et al. (2013) sowie Botting und Conti-Ramsden (1999) bestätigt. Während sich in der vorliegenden Untersuchung auch im Bereich „Interessen“ signifikante Unterschiede zuungunsten der Kinder mit PKS einstellen, gilt das für die Untersuchung von Gibson et al. (2013) nicht. Bishop (1998) geht davon aus, dass sich kaum Unterschiede in den Interessen zwischen Kindern mit PKS und typischer SSES

einstellen. Keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen stellen sich in den Subskalen zur Erfassung der pragmatischen Kompetenzen und im Gesamtwert „Pragmatik“ ein. Auch in der Untersuchung von Bishop (2003) stellten sich im pragmatischen Bereich kaum Unterschiede ein (vgl. S. 43). Bishop (2003) geht davon aus, dass bei Kindern mit geringen formalsprachlichen Kompetenzen die Defizite im pragmatischen Bereich häufig überdeckt und dadurch auch überschätzt werden. Erst bei guten formalsprachlichen Kompetenzen fallen die pragmatischen Defizite auf (vgl. S. 43). In Anbetracht der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass zusätzlich zu den Störungen im phonetisch-phonologischen, morphologisch-syntaktischen und semantisch-lexikalischen Bereich Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen auch von Auffälligkeiten im pragmatisch-kommunikativen Bereich betroffen sein können. Es kann vermutet werden, dass sich die pragmatisch-kommunikativen Defizite als Folge aus den formalsprachlichen Störungen entwickeln (vgl. Conti-Ramsden et al. 2001). Gleichzeitig existiert an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache eine Gruppe von Kindern mit PKS, bei denen im pragmatisch-kommunikativen Bereich deutlich mehr Defizite vorliegen als im formalsprachlichen Bereich. Auch bei Conti-Ramsden et al. (2001) gab es Kinder, die ihre formalsprachlichen Defizite überwunden hatten, im Alter von elf Jahren allerdings noch von PKS betroffen waren.

Die Prävalenzangaben zur Häufigkeit von pragmatischen Kommunikationsstörungen bei sprachbehinderten Kindern sind in der Literatur widersprüchlich. In der vorliegenden Untersuchung erfüllt, ausgehend vom SIDC-Wert, die Mehrheit der Untersuchungsgruppe (61 %) die Kriterien für eine typische spezifische Sprachentwicklungsstörung, während 14 % der Kinder eher dem Profil von Kindern mit PKS/ASS oder Asperger entsprechen. 25 % der Kinder sind Grenzfälle. Sie erfüllen weder die Kriterien für eine typische SSES noch die Kriterien für PKS/ASS/Asperger. Auch bei Conti-Ramsden et al. (2001) wiesen 14 % der Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen unterdurchschnittliche pragmatische Fähigkeiten auf. Von einer ähnlichen Häufigkeit berichten Farmer und Oliver (2005). Hier erreichten 11 % der Kinder auffällige Werte in der pragmatischen Gesamtskala der CCC. Von deutlich höheren Werten gehen Sarimski et al. (2015) aus. Im CCC lag der Wert in der pragmatischen Gesamtskala bei 37 % der Kinder im auffälligen Bereich. Würden in der vorliegenden Untersuchung die Grenzfälle und Kinder mit PKS zusammengekommen, wären 39 % der Kinder von Auffälligkeiten im pragmatischen Bereich betroffen. Dieser Wert würde dann der Untersuchung von Sarimski et al. (2015) entsprechen. Zusammenfassend kann davon ausge-

gangen werden, dass ca. 14 % der sprachbehinderten Kinder von PKS betroffen sind sowie weitere 25 % leichte Auffälligkeiten in diesem Bereich zeigen.

Bei der Überprüfung des Einflusses von soziodemografischen Variablen zeigt sich, dass das Geschlecht für die pragmatischen Kompetenzen unbedeutsam ist. Auch bei Hintermair (2006), Hintermair et al. (2015) und Sarimski et al. (2015) hatte das Geschlecht keinen Einfluss auf die pragmatisch-kommunikative Entwicklung.

Der Bildungsstand der Mutter wirkt sich in der vorliegenden Untersuchung hingegen signifikant aus. Kinder von Müttern mit einem Realschulabschluss oder der allgemeinen bzw. fachgebundenen Hochschulreife zeigen signifikant bessere pragmatische Kompetenzen als die Kinder von Müttern mit keinem Schulabschluss oder einem Hauptschulabschluss. Unterstützung findet dieses Ergebnis durch Studien, die einen Einfluss des Bildungshintergrundes auf die sprachliche Entwicklung belegen (vgl. Sachse & Sucholetz 2009; Stanton-Chapman et al. 2002; Tomblin et al. 1997a; Tomblin et al. 1997b). Hintermair (2006), Hintermair et al. (2015) sowie Sarimski et al. (2015) fanden hingegen keinen Zusammenhang zwischen dem Bildungshintergrund und der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung. Dass sich bei Sarimski et al. (2015) der Bildungshintergrund nicht auswirkt, ist eventuell auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen. Nur zu 22 Kindern lagen Informationen zum Bildungshintergrund der Eltern vor. Hintermair (2006) erhob die kommunikative Kompetenz nur über vier Items, weshalb sich deshalb eventuell ein anderes Ergebnis einstellte. Hintermair et al. (2015) setzten den CCC ein. Weshalb sich dort keine Zusammenhänge zum Bildungshintergrund der Eltern zeigten, kann auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Insgesamt sind die Ergebnisse zur Bedeutsamkeit des elterlichen Bildungshintergrundes für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung widersprüchlich.

Eine unvollständige Elternschaft wirkt sich hingegen nicht auf die pragmatisch-kommunikative Entwicklung aus. Der Einfluss dieses Faktors wurde bisher in keiner Arbeit überprüft. Es liegen allerdings Ergebnisse zum Zusammenhang von „unvollständiger Elternschaft“ und der sprachlichen Entwicklung vor. Sowohl Stanton-Chapman et al. (2002) als auch Beitchman et al. (1989) und Wurst (1992) konnten aufzeigen, dass Kinder alleinerziehender Eltern in der sprachlichen Entwicklung benachteiligt sind. Auf Grundlage dieser Ergebnisse hätte vermutet werden können, dass die Kinder alleinerziehender Eltern auch in der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung schlechter abschneiden als Kinder, die mit Vater und Mutter aufwachsen. Bis auf die Untersuchung von Stanton-Chapman et al. (2002), die 13 Jahre alt ist, basieren die anderen Forschungsergebnisse auf Untersuchungen von vor über 25 Jahren. Die Situation alleiner-

ziehender Eltern hat sich in den letzten Jahren verändert. Neben der finanziellen und beruflichen Situation hat sich insbesondere die Betreuungssituation in den letzten Jahren deutlich verbessert (vgl. BMFSJ 2012). Es kann vermutet werden, dass durch die verbesserte Betreuungssituation die Kinder mit verschiedenen Sprachmodellen in Kontakt treten, wodurch sie in der sprachlichen Entwicklung heute im Vergleich zu Kindern aus vollständiger Elternschaft nicht mehr benachteiligt sind. Für die sozial-emotionale Entwicklung reichen diese Veränderungen offensichtlich aber noch nicht aus.

Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder in allen Bereichen der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung Auffälligkeiten zeigen können. Ca. 14 % der Kinder sind von pragmatischen Kommunikationsstörungen betroffen sowie weitere 25 % von leichteren Auffälligkeiten in diesem Bereich. Die pragmatischen Kompetenzen von Kindern mit typischen Sprachentwicklungsstörungen und pragmatischen Kommunikationsstörungen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander, letztere Gruppe verfügt allerdings über deutlich bessere Fähigkeiten im formalsprachlichen Bereich. Das Geschlecht des Kindes und eine unvollständige Elternschaft wirken sich nicht auf die pragmatisch-kommunikative Entwicklung aus. Ob sich der Bildungsstand der Eltern auswirkt, kann abschließend nicht beantwortet werden.

4.3.4 Allgemeine sprachliche Fähigkeiten

Zur Überprüfung des sprachlichen Entwicklungsstandes wurde der SET 5–10 mit den Schülern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache durchgeführt. Mit einer Prävalenzrate von 50 % dominieren die Störungen im morphologisch-syntaktischen Bereich. Auch Dannenbauer (2003) betont, dass die grammatischen Störungen als Leitsymptom der spezifischen Sprachentwicklungsstörung gesehen werden können. Von Auffälligkeiten im rezeptiven Bereich sind 47 % der Kinder betroffen. Amorosa und Noterdaeme (2003) gehen davon aus, dass bei 30 % bis 40 % der sprachentwicklungsgestörten Kinder rezeptive Sprachstörungen vorliegen. Die Prävalenzrate der vorliegenden Untersuchung liegt somit leicht über den Angaben von Amorosa und Noterdaeme (2003). Unterdurchschnittliche semantisch-lexikalische Störungen liegen bei 44 % der Kinder vor. Dieser Wert wird durch German (1994) unterstützt. Bei 42 % der Kinder können Störungen im Bereich der Sprachproduktion festgestellt werden. Dieser niedrige Wert ist darauf zurückzuführen, dass ein Großteil der Kinder im Untertest „Bilderge-

schichte“ durchschnittliche Werte erzielte. Da dieser Untertest aufgrund des schlechten Wertes in der internen Konsistenz allerdings infrage gestellt werden muss, ist der Wert des Untertests „Satzbildung“ aussagekräftiger. Bei 49 % der Kinder lag der Wert im unterdurchschnittlichen Bereich. Da dieser Untertest stark von morphologisch-syntaktischen Kompetenzen beeinflusst wird, findet das Ergebnis Unterstützung durch die oben dargestellte Prävalenzrate von 50 % an morphologisch-syntaktischen Störungen.

Bei der Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale zeigt sich, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf die sprachlichen Fähigkeiten hat. Jungen sind zwar mit einem Verhältnis von 3:1 deutlich häufiger an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache vertreten, liegt allerdings eine Sprachentwicklungsstörung vor, unterscheiden sich die Fähigkeiten nicht zwischen den Geschlechtern.

Der Bildungsstand des Vaters ist für die sprachliche Entwicklung unbedeutsam, der der Mutter wirkt sich auf den SET-Gesamtwert und die narrativen Fähigkeiten aus. Der Gesamtwert „Sprache“ der CCC-2 steht ebenfalls mit dem mütterlichen, nicht aber dem väterlichen Bildungshintergrund in einem Zusammenhang. Botting et al. (2001) sowie Dale et al. (2003) stellten keinen Einfluss des Bildungshintergrundes auf die sprachliche Entwicklung fest. Einige Studien belegen allerdings einen Zusammenhang (vgl. Sachse & Suchodoletz 2009; Stanton-Chapman et al. 2002; Tomblin et al. 1997a; Tomblin et al. 1997b). Wie zuvor bei den pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten kann auch bei den allgemeinsprachlichen Fähigkeiten die Bedeutsamkeit des elterlichen Bildungshintergrundes abschließend nicht geklärt werden.

Kinder alleinerziehender Eltern unterscheiden sich in ihrer sprachlichen Entwicklung nicht von Kindern aus vollständigen Familien. In Anlehnung an die Ergebnisse von Stanton-Chapman et al. (2002), Beitchman et al. (1989) sowie Wurst (1992) hätte vermutet werden können, dass sich signifikante Unterschiede einstellen. Wie zuvor bei den pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten kann auch bei den formalsprachlichen Fähigkeiten vermutet werden, dass die verbesserten Rahmenbedingungen für Kinder alleinerziehender Eltern dazu beitragen, dass sie in der sprachlichen Entwicklung gegenüber Kindern aus vollständigen Familien nicht mehr benachteiligt sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Prävalenzraten zur Häufigkeit von morphologisch-syntaktischen, rezeptiven, semantisch-lexikalischen Störungen kaum unterscheiden. Sie liegen alle zwischen 40 % und 50 %. Das Geschlecht des Kindes und der Faktor „unvollständige Elternschaft“ sind für die sprachliche Entwicklung unbedeutsam. Ob sich der Bildungshintergrund der Eltern auswirkt, kann auf

Grundlage der vorliegenden Ergebnisse und anderer Forschungsergebnisse nicht sicher beantwortet werden.

4.3.5 Zusammenhänge und Wirkrichtungen

Neben Pearson-Korrelationen wurden zu einer weiter gehenden und differenzierteren Überprüfung der Zusammenhänge auf Basis der dieser Arbeit zugrunde liegenden Hypothesen explorative Pfadanalysen durchgeführt. Es wurden zwei Pfaddiagramme zum Zusammenhang von pragmatischen Defiziten, der mütterlichen bzw. väterlichen Belastung im Kindbereich, der Ausprägung der Sprachbehinderung, dem IQ des Kindes und dem SDQ-Gesamtproblemwert nach der Bewertung der Mütter und Väter entwickelt. Im Pfaddiagramm der Mütter zeigt sich, dass das mütterliche Belastungserleben im Kindbereich, die pragmatischen Defizite, die Ausprägung der Sprachbehinderung sowie der IQ des Kindes 51 % der Varianz des SDQ-Gesamtproblemwertes erklären können. Bei den Vätern sind sogar 60 % der Verhaltensauffälligkeiten auf die genannten Variablen zurückzuführen. Auch Hintermair (2006) stellte bei hörgeschädigten Kindern fest, dass ca. 40 % der Varianz im SDQ auf das elterliche Belastungserleben, die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen und das Geschlecht des Kindes zurückzuführen sind, wobei Erstere die sozial-emotionale Entwicklung am stärksten beeinflussen.

Im Folgenden werden zunächst kurz die Ergebnisse der Korrelationsanalysen diskutiert, bevor auf Grundlage der entwickelten Pfadmodelle die Wirkrichtungen einer Diskussion unterzogen werden.

Elterliches Belastungserleben und sozial-emotionale Entwicklung

Zusammenhänge

Zur Überprüfung des Zusammenhangs von elterlichem Belastungserleben und sozial-emotionalen Kompetenzen wurden Pearson-Korrelationen mit den Sub- und Teilskalen des EBI und SDQ durchgeführt. Sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern korrelierte der EBI-Gesamtwert mit dem SDQ-Gesamtproblemwert. Unterstützt werden diese Ergebnisse durch Hintermair (2006) und Braune-Krickau et al. (2005). Bei Hintermair (2006) korrelierten die genannten Variablen auf einem ähnlich hohen Niveau, bei Braune-Krickau et al. (2005) hingegen auf einem niedrigeren Niveau. Die etwas niedrigeren

Korrelationswerte sind u. U. darauf zurückzuführen, dass ein anderes Testverfahren zum Einsatz kam. Eine erhöhte elterliche Belastung infolge einer Sprachbehinderung des Kindes führt möglicherweise dazu, dass die Sensitivität und Responsivität in den Interaktionen mit dem sprachbehinderten Kind beeinträchtigt sind, das Kind weniger akzeptiert und ihm weniger emotionale Zuwendung geschenkt wird, wodurch die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes negativ beeinflusst wird.

Der stärkste Zusammenhang ergibt sich bei den Müttern und Vätern zwischen dem Gesamtproblemwert des SDQ und den Skalen „Hyperaktivität“ und „Kindbereich Gesamt“ des EBI. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sowohl der SDQ-Gesamtproblemwert als auch die Skalen „Hyperaktivität“ und „Kindbereich Gesamt“ des EBI Verhaltensprobleme erfassen. Im Elternbereich korreliert bei den Müttern am stärksten die Skala „Depression“ und bei den Vätern die Skala „Elterliche Kompetenz“ mit dem SDQ-Gesamtproblemwert. In der Validierungsstudie des EBI waren die Mütter von ADHS-Kindern ebenfalls in den Subskalen „Depression“ und „Elterliche Kompetenz“ auffällig. Die Bedeutsamkeit der Erziehungskompetenz wird von Cina und Bodenmann (2009) unterstützt. Auf den Zusammenhang von mütterlichen Depressionen und sozial-emotionalen Störungen gehen Petermann et al. (2004) ein. Der EBI-Gesamtwert korreliert bei den Müttern am stärksten mit der Subskala „Emotionale Probleme“ und bei den Vätern mit der Subskala „Hyperaktivität“ des SDQ. Auch bei Braune-Krickau et al. (2005) korreliert die mütterliche psychische Belastung stärker mit den internalisierenden als den externalisierenden Problemen.

Wirkrichtungen

Im Pfadmodell zeigt sich, dass das elterliche Belastungserleben den SDQ-Gesamtproblemwert beeinflusst. Das Signifikanzniveau und die Wirkrichtung werden von Hintermair (2006) bestätigt. Cina und Bodenmann (2009) belegen ebenfalls die Wirkrichtung von elterlichem Stress und sozial-emotionalen Kompetenzen. Sie zeigten auf, dass, neben dem Stresserleben aufseiten der Mütter das Erziehungsverhalten einen bedeutsamen Einfluss auf das kindliche Problemverhalten nimmt. Auch Beelmann et al. (2007) belegen, dass das elterliche Erziehungsverhalten, und hierbei vor allem das Disziplinierungsverhalten, die Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Vor- und Grundschulalter begünstigt. Petermann et al. (2004) heben die Bedeutsamkeit depressiver Erkrankungen für die Ausbildung sozial-emotionaler Auffälligkeiten hervor. Sie schreiben, dass durch die mangelnde Responsivität und geringeren positiven Emoti-

onen depressiver Mütter die Kinder gefährdet sind, eine unsichere und desorganisierte Bindung zur Mutter aufzubauen, mit nachhaltigen Auswirkungen auf die sozial-emotionale Entwicklung. Auch Laucht et al. (2002) betonten, dass sich belastete familiäre Verhältnisse hauptsächlich auf die sozial-emotionale Entwicklung auswirken. Ein erhöhtes elterliches Belastungserleben führt zu einer geringeren Qualität in der Eltern-Kind-Interaktion, wodurch die Entwicklungschancen im sozial-emotionalen Bereich für das Kind eingeschränkt sind (vgl. Braune-Krickau et al. 2005). Nichtsdestotrotz hätte auch ein Pfaddiagramm mit der Variablen „EBI-Kindbereich“ als abhängiger Variabler und dem SDQ-Gesamtproblemwert als unabhängiger Variabler theoretisch begründet werden können. In der vorliegenden Untersuchung erreichte das entwickelte Pfadmodell allerdings die besten Modellpassungswerte. Zudem sprechen die Ergebnisse der oben aufgeführten Forschungsarbeiten für die im Pfadmodell dargestellte Wirkrichtung.

Insgesamt bestätigen die vorliegenden Ergebnisse die Ergebnisse aus anderen Fachrichtungen, wonach das elterliche Belastungserleben und die sozial-emotionale Entwicklung in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen.

Pragmatische Kompetenz und sozial-emotionale Entwicklung

Zusammenhänge

Zur Überprüfung dieses Zusammenhangs wurden Pearson-Korrelationen mit den Sub- und Teilskalen der CCC-2 und dem SDQ durchgeführt. Der Gesamtscore „Pragmatik“ der CCC-2 steht mit dem Gesamtproblemwert des SDQ nach der Bewertung der Mütter, Väter und Lehrerinnen in einem signifikanten Zusammenhang. Bestätigt wird dieser Zusammenhang durch Untersuchungen von Hintermair et al. (2015), Ketelaars et al. (2010) sowie Sarimski et al. (2015). In der Untersuchung von Hintermair et al. (2015), Ketelaars et al. (2010) und Sarimski et al. (2015) füllten ausschließlich die Lehrkräfte den CCC und SDQ aus. Der Korrelationswert von Hintermair et al. (2015) stimmt mit dem Wert aus der Stichprobe der Lehrerinnen der vorliegenden Untersuchung überein. Bei Ketelaars et al. (2010) und Sarimski et al. (2015) korrelierten der SDQ-Gesamtproblemwert und die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten, verglichen mit dem Wert aus der Lehrerinnenstichprobe der eigenen Untersuchung, auf einem leicht höheren Niveau. Im Zentrum der Untersuchung von Ketelaars et al. (2010) standen Kinder mit PKS, in der Untersuchung von Sarimski et al. (2015) hingegen Kinder mit morphologisch-syntaktischen Störungen. Bildet man Untergruppen bezüglich der Stö-

rungsschwerpunkte der Kinder in der vorliegenden Untersuchung, finden die Korrelationswerte aus der Untersuchung von Ketelaars et al. (2010) und Sarimski et al. (2015) Bestätigung.

Was den Zusammenhang zwischen den Subskalen des SDQ und dem Gesamtwert Pragmatik anbelangt, so korrelieren auch in der Untersuchung von Hintermair et al. (2015), Ketelaars et al. (2010) und Sarimski et al. (2015) die Subskalen „Verhaltensauffälligkeiten“ oder „Hyperaktivität“ am stärksten mit den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen. Die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen korrelierten mit den sozial-emotionalen Fähigkeiten in der Stichprobe der Mütter und Väter auf einem niedrigeren Niveau als in der Stichprobe der Lehrerinnen, da die Lehrerinnen sowohl die CCC-2 als auch den SDQ ausfüllten. Die Eltern füllten hingegen nur den SDQ aus. Um in der Stichprobe der Eltern den gefragten Zusammenhang berechnen zu können, muss für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung auf die Informationen der Lehrkräfte zurückgegriffen werden. Bei unterschiedlichen Befragungsgruppen stellen sich häufig niedrigere Zusammenhänge ein. Formalsprachliche Kompetenzen sind für die sozial-emotionale Entwicklung ebenfalls bedeutsam, allerdings in geringerem Maße als die pragmatischen Fähigkeiten. Dieses Ergebnis wird von Hintermair et al. (2015), Baker und Cantwell (1982) sowie McCabe (2005) bestätigt.

Wirkrichtungen

Neben dem elterlichen Belastungserleben nimmt die pragmatisch-kommunikative Entwicklung auf die sozial-emotionale Entwicklung Einfluss. Die beobachtete Wirkrichtung und die sich einstellenden Signifikanzniveaus werden durch Hintermair (2006), Hintermair et al. (2011), Hintermair et al. (2015), Lindsay et al. (2007) sowie St. Clair et al. (2011) bestätigt. In allen Untersuchungen wirken sich die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen auf die sozial-emotionale Entwicklung aus.

Zu erklären ist der Zusammenhang zwischen der pragmatisch-kommunikativen und sozial-emotionalen Entwicklung zum einen anhand des von Rice (1993) entwickelten Modells der negativen Spirale sozialer Konsequenzen. Die geringeren pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen der Kinder erschweren womöglich den Austausch mit Gleichaltrigen, wodurch die Kinder Gefahr laufen, von ihren Mitschülern ausgegrenzt und gehänselt zu werden. Sind die Kinder über längere Zeit von Ausgrenzungsprozessen betroffen, wirkt sich dies auf den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes aus. Die sprachentwicklungsgestörten Kinder reagieren mit Rückzug oder entwickeln kompensatorische Strategien.

torische Strategien zur Gewinnung von Aufmerksamkeit. Häufig fallen diese Kinder durch Verhaltensprobleme sowie unaufmerksames und hyperaktives Verhalten auf. Während nicht sprachbehinderte Kinder die im Rahmen der Eltern-Kind-Interaktion erworbenen Kompetenzen durch den Austausch mit Peers im Kindergarten oder der Schule anwenden und erweitern können, erfährt das sprachentwicklungsgestörte Kind erneut Einschränkungen, und die Gesamtentwicklung des Kindes ist bedroht.

Zum anderen sind pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten sowie die mit diesen im Zusammenhang stehenden formalsprachlichen Fähigkeiten für die emotionale Entwicklung bedeutsam. Rezeptive und expressive Fähigkeiten beeinflussen das Emotionsverständnis und -wissen, die Regulation von Emotionen und den Emotionsausdruck. Weiter ermöglichen pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten den Austausch über Gefühle und damit den Aufbau eines differenzierten Wissens über Emotionen, deren Ursachen und Folgen sowie den Erwerb effektiver Regulationsstrategien (vgl. Multhauf & Bockmann 2015).

Die vorliegende Untersuchung unterstützt die wenigen Studienergebnisse zum Zusammenhang von pragmatisch-kommunikativen und sozial-emotionalen Kompetenzen.

Pragmatische Kompetenzen und elterliches Belastungserleben

Zusammenhänge

In der Stichprobe der Mütter korreliert in den Teilskalen ausschließlich die erlebte Belastung im Kindbereich mit der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung. Dies verwundert nicht, da im Kindbereich des EBI schwerpunktmäßig Verhaltensweisen und Charakteristika des Kindes erfasst werden. Beachtet man, dass die pragmatisch-kommunikative Entwicklung mit der sozial-emotionalen Entwicklung in einem Zusammenhang steht, wird nachvollziehbar, weshalb insbesondere der Kindbereich des EBI mit den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen korreliert. Der Korrelationswert entspricht der Untersuchung von Hintermair (2006), wobei hier der Gesamtwert des PSI in der Stichprobe der Mütter mit den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen des Kindes korrelierte. Bei den Vätern korrelieren der Gesamtwert „Pragmatik“ und der Gesamtwert des EBI auf einem deutlich höheren Niveau als in der Untersuchung von Hintermair (2006). Zurückzuführen ist dieser Unterschied auf die unterschiedlich eingesetzten Testverfahren. Im Elternbereich korreliert sowohl in der Stichprobe der Mütter als auch in der Stichprobe der Väter die Subskala „Depression“ mit den pragma-

tisch-kommunikativen Kompetenzen. Breznitz und Sherman (1987), LaParo et al. (2004) sowie Sohr-Preston und Scaramella (2006) belegen die Bedeutsamkeit depressiver Erkrankungen für die sprachliche Entwicklung von Kindern im Vorschulalter.

Wirkrichtungen

6 % der Varianz des mütterlichen und 15 % der Varianz des väterlichen Belastungserlebens im Kindbereich können durch die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen erklärt werden. In der Untersuchung von Hintermair (2006) zeigte sich ebenfalls, dass die kommunikativen Fähigkeiten auf das elterliche Belastungserleben Einfluss nehmen. Es kann vermutet werden, dass Kinder mit besseren pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen ihre Wünsche und Bedürfnisse den Eltern differenzierter mitteilen können, wodurch diese wiederum präziser die Wünsche und Bedürfnisse ihres Kindes befriedigen können. Folglich treten in der Kommunikation und Interaktion seltener Störungen auf, wodurch Verunsicherungen aufseiten der Eltern und aufseiten des Kindes in geringerer Häufigkeit vorkommen. In Familien von Kindern mit größeren pragmatisch-kommunikativen Defiziten kommt es hingegen immer wieder zu Irritationen in der Interaktion, und Eltern und Kinder sind andauernd gefordert, diese Irritationen aufzufangen und zu beheben, mit nachhaltigen Auswirkungen auf das Selbstbild. Eltern hinterfragen ihre Erziehungskompetenz, und die Kinder erleben sich als „Verursacher von Sorge und Ärger“ (Hartmann et al. 2008). Forschungsarbeiten, welche einen Einfluss insbesondere der depressiven Erkrankungen auf die pragmatisch-kommunikative Entwicklung belegen, wurden ausschließlich mit Kindern im Vorschulalter und deren Eltern durchgeführt, weshalb für die vorliegende Altersgruppe dieser Zusammenhang nicht konstatiert werden kann.

Bisher existieren kaum Arbeiten zum Zusammenhang von pragmatischen Kompetenzen und dem elterlichen Belastungserleben. Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen die bisherigen Erkenntnisse, wonach die pragmatischen Kompetenzen und das elterliche Belastungserleben in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen.

Ausprägung/Art der Sprachbehinderung und pragmatische Kompetenzen

Zusammenhänge

Zur Analyse dieses Zusammenhangs wurden Pearson-Korrelationen mit den Ergebnissen des SET 5–10 und der CCC-2 durchgeführt. Der Pragmatik-Gesamtwert korreliert sowohl mit den Fähigkeiten auf den einzelnen sprachlichen Ebenen als auch mit der Ausprägung der Sprachbehinderung signifikant. Der stärkste Zusammenhang ergibt sich zwischen der Ausprägung der Sprachbehinderung und den pragmatischen Kompetenzen. Bezüglich der Art der Sprachbehinderung zeigt sich, dass insbesondere die narrativen Fähigkeiten, das Satzverständnis und die morphologisch-syntaktischen Kompetenzen mit der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung in einem Zusammenhang stehen. Auch Hintermair et al. (2015) stellten einen signifikanten Zusammenhang zwischen den formalsprachlichen und pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen fest. Die Bedeutsamkeit formalsprachlicher Kompetenzen wird daneben von Kannengieser (2009) und Dohmen et al. (2009) bestätigt. Linguistische Kompetenzen auf allen sprachlichen Ebenen sind als kommunikative Ressource ein Bestandteil der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten (vgl. Dohmen et al. 2009). Die Ansicht von Cummings (2009) und Erkenntnisse von Sarimski et al. (2015), wonach die formalsprachlichen Defizite mit der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung in keinem Zusammenhang stehen, finden durch die vorliegenden Ergebnisse keine Bestätigung.

Wirkrichtungen

Die pragmatischen Defizite werden durch die formalsprachlichen Kompetenzen beeinflusst. Auch Conti-Ramsden et al. (2001) sowie Weigl und Reddemann-Tschaikner (2009) gehen davon aus, dass sich pragmatische Defizite als Folge eines formalsprachlichen Problems entwickeln können. Bishop (2003) beobachtete in ihrer Validierungsstudie der CCC-2 bei spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern ähnliche Auffälligkeiten in der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung wie bei Kindern mit PKS. Dohmen et al. (2009) heben hervor, dass, wie in der vorliegenden Untersuchung, insbesondere den grammatischen und rezeptiven Fähigkeiten eine enorme Bedeutung für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung zukommt (vgl. S. 10). Morphologisch-syntaktische Kompetenzen sind notwendig, um verschiedene kommunikative Intentionen ausdrücken zu können, während das Sprachverständnis für das Dekodieren der

sprachlichen Informationen grundlegend ist. Farrar et al. (2009), Lockl et al. (2004) und Clegg et al. (2005) untersuchten den Einfluss sprachlicher Fähigkeiten auf die ToM-Fähigkeiten, die Teil der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz sind. In allen drei Untersuchungen stellten sich die morphologisch-syntaktischen und rezeptiven Fähigkeiten als bedeutsam für die ToM-Fähigkeiten heraus.

Die vorliegende Arbeit unterstützt Forschungsergebnisse zur Bedeutsamkeit formalsprachlicher Kompetenzen, insbesondere der morphologisch-syntaktischen und rezeptiven Fähigkeiten, für die pragmatisch-kommunikative Entwicklung.

Kognitive Fähigkeiten und pragmatische Kompetenzen

Zur Analyse dieses Zusammenhangs wurden die Ergebnisse des CFT 1-R bzw. CFT 20-R und der CCC-2 in die Pearson-Korrelation einbezogen. Dabei stellte sich heraus, dass die nonverbalen Fähigkeiten mit dem Gesamtwert „Pragmatik“ signifikant korrelieren. Bisher liegen keine Forschungsergebnisse vor, welche diesen Zusammenhang bestätigen oder widerlegen könnten. Unterstützt wird das vorliegende Ergebnis allerdings durch Studien, welche einen Zusammenhang der kognitiven Fähigkeiten und formalsprachlichen Kompetenzen belegen (vgl. Bishop & Edmundson 1987; Botting et al. 2001; Botting 2005). Dass die kognitiven Fähigkeiten für die pragmatischen Kompetenzen relevant sind, wird von Dohmen et al. (2009) unterstützt. Sie stellen dar, dass die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten von kognitiven Ressourcen abhängig sind. Als kognitive Ressourcen führen sie neben der „Theory of Mind“, der Fähigkeit zur Inferenzbildung und den exekutiven Funktionen, Gedächtnisleistungen bzw. -speicherkapazitäten auf.

Forschungsarbeiten zum Zusammenhang von durchschnittlichen bzw. überdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten und der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung fehlten bisher. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass zwischen den genannten Faktoren ein Zusammenhang besteht.

Kognitive Fähigkeiten und Ausprägung der Sprachbehinderung

Zwischen dem nonverbalen IQ des Kindes und der Ausprägung der Sprachbehinderung besteht ein bidirektionaler Zusammenhang, d. h., die formalsprachlichen Fähigkeiten beeinflussen die kognitive Entwicklung, wie auch die kognitive Entwicklung die formalsprachlichen Fähigkeiten beeinflusst. Bishop und Edmundson (1987), Botting et al.

(2001) sowie Botting (2005) bestätigen, dass der IQ auf die Sprachentwicklung Einfluss nimmt. Gleichzeitig beobachteten verschiedene Autoren allerdings auch eine Abnahme des Intelligenzquotienten über die Zeit aufgrund der sprachlichen Defizite (vgl. Benasich et al. 1993; Botting 2005; Conti-Ramsden et al. 2001; Paul & Cohen 1984; Schakib-Ekbatan & Schöler 1995; Tomblin et al. 1992).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zum bidirektionalen Zusammenhang von kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten unterstützen bisherige Forschungsergebnisse.

Weitere Zusammenhänge

Kognitive Entwicklung und elterliches Belastungserleben

Zur Überprüfung dieses Zusammenhangs wurden Pearson-Korrelationen auf Grundlage der Ergebnisse im CFT 1-R/CFT 20-R und EBI durchgeführt. Bei den Müttern korrelieren die nonverbalen Fähigkeiten des Kindes mit der Subskala „Akzeptierbarkeit“ und der Teilskala „Kindbereich Gesamt“ des EBI. Auch Tröster (2010) geht davon aus, dass sich Einschränkungen der kognitiven Entwicklung insbesondere in der Skala „Akzeptierbarkeit“ bemerkbar machen. Bedingt durch die geringeren kognitiven Fähigkeiten, können u. U. gehäuft Schulprobleme auftauchen. Es kann vermutet werden, dass die geringeren kognitiven Fähigkeiten über den Schulerfolg auf das mütterliche Belastungserleben Einfluss nehmen (vgl. Gut et al. 2012; Kuncel et al. 2004; Tiedemann et al. 2004). Die Erwartungen der Eltern werden vonseiten des Kindes nicht erfüllt, wodurch es den Eltern schwerer fällt, ihr Kind zu akzeptieren. Zudem korrelieren in der Mütterstichprobe die kognitiven Fähigkeiten mit dem Gesamtwert des Kindbereichs. Mütter von Kindern mit geringeren kognitiven Fähigkeiten fühlen sich somit durch spezifische Charakteristika und Verhaltensmerkmale einer höheren Belastung ausgesetzt als Mütter von Kindern mit besseren kognitiven Fähigkeiten. Im Pfadmodell wird deutlich, dass die geringeren kognitiven Fähigkeiten über die pragmatischen Kompetenzen das mütterliche Belastungserleben beeinflussen.

In der Stichprobe der Väter steht die kognitive Entwicklung mit der Teilskala „Kindbereich Gesamt“ und dem Gesamtwert des EBI in einem Zusammenhang. Väter von Kindern mit einem niedrigeren nonverbalen IQ sind somit einer höheren allgemeinen Belastung und einer höheren Belastung durch spezifische Charakteristika und Verhaltensmerkmale des Kindes ausgesetzt als Väter von Kindern mit besseren kognitiven

Fähigkeiten. Auch hier kann vermutet werden, dass die geringeren kognitiven Fähigkeiten über den Schulerfolg und die pragmatischen Kompetenzen auf das väterliche Wohlbefinden Einfluss nehmen.

Es lagen bisher keine Forschungsarbeiten vor, welche den Zusammenhang von durchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten und dem elterlichen Belastungserleben prüften. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass die kognitiven Fähigkeiten vor allem über die pragmatischen Kompetenzen auf das elterliche Belastungserleben Einfluss nehmen.

Art/Ausprägung der Sprachbehinderung und elterliches Belastungserleben

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden Pearson-Korrelationen mit den Ergebnissen aus dem SET 5–10 und dem Eltern-Belastungs-Inventar durchgeführt. Das mütterliche Belastungserleben wird weder durch die Art noch durch die Ausprägung der Sprachbehinderung beeinflusst. Bei den Vätern standen ausschließlich die narrativen Fähigkeiten mit dem Belastungserleben in einem Zusammenhang. Es kann vermutet werden, dass dieses Ergebnis auf die mangelnde interne Konsistenz des Untertests „Bildergeschichte“ des SET 5–10 zurückzuführen ist. In Anbetracht der gravierenden Auswirkungen einer rezeptiven Sprachstörung auf die Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Hartmann et al. 2008) und sozial-emotionale Entwicklung (vgl. Beitchman 1996c) hätte vermutet werden können, dass sich ein Zusammenhang zwischen den rezeptiven Fähigkeiten und dem elterlichen Belastungserleben einstellt.

Zusätzlich kann zur Diskussion der genannten Fragestellung auf die Ergebnisse der Pearson-Korrelation zwischen dem Gesamtwert „Sprache“ der CCC-2 und dem EBI zurückgegriffen werden. In der Stichprobe der Mütter zeigt sich, dass die formalsprachlichen Kompetenzen sowohl mit dem Belastungserleben im Kindbereich als auch mit dem EBI-Gesamtwert in einem signifikanten Zusammenhang stehen. Bei den Vätern korrelieren der Gesamtwert „Sprache“ mit verschiedenen Sub- und allen Teilskalen des EBI. Nach diesen Ergebnissen ist die Ausprägung der Sprachbehinderung durchaus für das elterliche Belastungserleben von Relevanz. Im Pfadmodell wird deutlich, dass die Ausprägung der Sprachbehinderung indirekt über die pragmatischen Kompetenzen das elterliche Belastungserleben beeinflusst. Vermutlich nehmen mit der Komplexität der Sprachbehinderung die Defizite im pragmatisch-kommunikativen Bereich zu und damit auch die Anforderungen an die Eltern in der Interaktion mit ihrem Kind.

4.3.6 Vergleich der Ergebnisse von sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern und deren Eltern

Sozial-emotionale Entwicklung

Zum Vergleich der sozial-emotionalen Entwicklung von sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern wurden univariate Varianzanalysen auf Grundlage des SDQ durchgeführt. Nach Aussage der Mütter liegt der Gesamtproblemwert der sprachentwicklungsgestörten Kinder ca. 2.3-mal häufiger im grenzwertigen bzw. auffälligen Bereich als bei sprachgesunden Kindern. Vergleicht man die Studie von Hölling et al. (2007) mit den Studien von Conti-Ramsden und Botting (2004), Lindsay und Dockrell (2000) sowie Lindsay et al. (2007), sind SSES-Kinder ebenfalls zwei- bis dreimal häufiger von sozial-emotionalen Problemen betroffen. Signifikante Unterschiede stellen sich nach dem Urteil der Mütter der vorliegenden Untersuchung im Gesamtproblemwert, den Hyperaktivitätsproblemen, den Problemen mit Gleichaltrigen und den emotionalen Problemen ein. Auch in den oben aufgeführten Studien stellten sich die größten Unterschiede zwischen sprachgesunden und sprachentwicklungsgestörten Kindern in den Hyperaktivitätsproblemen, Problemen mit Gleichaltrigen und den emotionalen Problemen ein. Störungen in der sprachlichen Entwicklung erschweren vermutlich die Interaktion mit Gleichaltrigen. Die Betroffenen reagieren u. U. mit Rückzug oder entwickeln kompensatorische Strategien zur Gewinnung von Aufmerksamkeit (hyperaktives Verhalten). Der womöglich stattfindende Ausschluss aus der Peergroup, die geringe Beliebtheit bei Gleichaltrigen und die Hänseleien können zur Ausbildung emotionaler Probleme beitragen. Es kann angenommen werden, dass die Kinder folglich über Kopf- und Bauchschmerzen klagen, Ängste entwickeln und unglücklich wirken.

Nach Aussage der Väter unterscheiden sich die sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kinder der vorliegenden Untersuchung im Gesamtproblemwert und den Problemen mit Gleichaltrigen. Dass sich in den Skalen „Emotionale Probleme“ und „Hyperaktivität“ keine Unterschiede einstellen, könnte darauf zurückgeführt werden, dass emotionale Probleme vonseiten der Kinder eher vor den Müttern geäußert werden und die Väter bezüglich des impulsiven Verhaltens ihres Kindes möglicherweise toleranter sind als die Mütter.

In Anbetracht der Ergebnisse aus der Befragung der Mütter und der Literatur kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sprachentwicklungsgestörte Kinder mehr

als sprachgesunde Kinder von Hyperaktivitätsproblemen, Problemen mit Gleichaltrigen und emotionalen Problemen betroffen sind.

Vergleich des Belastungserlebens

Zum Vergleich des Belastungserlebens von Eltern sprachentwicklungsgestörter und sprachgesunder Kinder wurden auf Grundlage des EBI univariate Varianzanalysen durchgeführt. In der Stichprobe der Mütter stellten sich signifikante Unterschiede im Kindbereich in den Subskalen „Hyperaktivität“, „Akzeptierbarkeit“ und „Anforderung“ zuungunsten der Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache ein. Wie bereits mehrfach dargelegt, scheint das hyperaktive Verhalten einer der größten Problembereiche sprachentwicklungsgestörter Kinder zu sein mit bedeutsamen Auswirkungen auf das mütterliche Belastungserleben. Zudem beeinflusst die Sprachbehinderung die mütterliche Akzeptanz des Kindes. Wulbert et al. (1975) und Bondurant et al. (1983) bemerkten ebenfalls beim Vergleich des Verhaltens von Eltern mit sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern Unterschiede in der Akzeptanz. Die Mütter äußerten sich häufiger kritisch über das Kind und gingen weniger liebevoll mit ihrem Kind um. Ritterfeld (2000) unterstützt diese Beobachtung. Auch sie hält fest, dass infolge der Diagnosestellung die Eltern dazu neigen, ihrem Kind mit mehr Sorge und mangelnder Akzeptanz zu begegnen. Zudem trägt die Sprachbehinderung des Kindes dazu bei, dass sich die Mütter einer erhöhten Anforderung ausgesetzt fühlen. Long et al. (2008) stellten fest, dass Mütter sprachlich auffälliger Kinder 2.6-mal häufiger das Gefühl hatten, den täglichen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, verglichen mit Müttern sprachgesunder Kinder. Sorgen sich die Eltern neben der Sprache auch noch um das Verhalten des Kindes, war die Belastung sogar um das 2.8-Fache erhöht. Zusätzlich zu den Verhaltensauffälligkeiten sind es die Störungen in der Interaktion, die Therapietermine am Nachmittag, Schulprobleme und die Sorgen um die Zukunft des Kindes, welche die Mütter sprachbehinderter Kinder mehr fordern als Mütter sprachgesunder Kinder.

Im Elternbereich können keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Müttergruppen beobachtet werden. Entgegen diesem Ergebnis hätte vermutet werden können, dass sich insbesondere in den Skalen „Elterliche Kompetenz“ und „Depressionen“ signifikante Unterschiede einstellen (vgl. Gräbel et al. 2007; Limm & Suchodoletz 1998, Rudolph et al. 2004, Schauning et al. 2004). Aber auch Unterschiede in den Skalen „Partnerbeziehung“ (vgl. Limm & Suchodoletz 1998; Schauning et al. 2004) und „Soziale Isolation“ (vgl. Limm & Suchodoletz 1998, Suchodoletz & Machery 2006)

hätten durch die Literatur Unterstützung erfahren. Warum sich im Elternbereich zwischen den beiden Müttergruppen keine Unterschiede einstellen, kann nur vermutet werden. Es könnte sein, dass die gestiegenen Anforderungen an der Grundschule (Leistungsdruck, Sorge um die schulische Laufbahn des Kindes) und die allgemeinen Lebensbedingungen (zunehmende Berufstätigkeit beider Eltern) dazu beitragen, dass sich die Mütter der Grundschule ebenfalls in ihrer elterlichen Kompetenz vermehrt hinterfragen, sich häufiger gesundheitliche Probleme, psychische Erkrankungen und Partnerschaftskonflikte entwickeln und sie das Gefühl haben, sich durch ihr Kind persönlich einschränken zu müssen. Vermutet werden könnte allerdings auch, dass den Müttern sprachbehinderter Kinder heute ein so gutes und engmaschiges Unterstützungsnetzwerk zur Verfügung steht, dass sich die Ressourcen, welche ihnen zur Erziehung ihres Kindes zur Verfügung stehen, nicht von denen der Mütter sprachgesunder Kinder unterscheiden.

In den Teilskalen stellen sich im Gesamtwert des Kindbereichs und dem EBI-Gesamtwert (ohne die Skala „Partnerbeziehung“) signifikante Unterschiede ein. Da sich in einigen Subskalen des Kindbereichs signifikante Unterschiede beobachten lassen, verwundert es nicht, dass auch der Gesamtwert zu diesen Skalen bei den Müttern sprachbehinderter Kinder signifikant erhöht ist. Die signifikanten Unterschiede im EBI-Gesamtwert (ohne die Skala Partnerbeziehung) sind vermutlich zum einen auf die signifikanten Unterschiede in der Teilskala „Kindbereich Gesamt“ zurückzuführen, zum anderen aber auch auf den deutlich höheren Anteil alleinerziehender Mütter an der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache. Unterstützt wird die zuletzt genannte Vermutung durch die Tatsache, dass sich der Unterschied im EBI-Gesamtwert nur dann einstellt, wenn die alleinerziehenden Mütter mit einbezogen werden. Berücksichtigt man die Skala „Partnerbeziehung“ im Gesamtwert, können keine signifikanten Unterschiede zwischen den Müttergruppen beobachtet werden.

In der Stichprobe der Väter lassen sich weder in den Subskalen noch in den Teilskalen des EBI signifikante Unterschiede zwischen den beiden Vätergruppen beobachten. Da die Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache durchaus aufgrund der Verhaltensdispositionen des Kindes einer deutlich höheren Belastung ausgesetzt sind als die Mütter der Grundschule, muss das Ergebnis in der Väterstichprobe dahingehend interpretiert werden, dass die Väter u. U. weniger in die Erziehung und Betreuung des sprachbehinderten Kindes einbezogen werden und somit auch weniger belastet sind. Unterstützt wird diese Vermutung durch die Unterschiede im Belastungserleben von Müttern und Vätern sprachbehinderter Kinder.

Die vorliegende Untersuchung zeigt auf, dass Mütter sprachbehinderter Kinder vor allem im Kindbereich einer höheren Belastung ausgesetzt sind als Mütter sprachgesunder Kinder. Die Ressourcen, welche Müttern zur Erziehung ihres Kindes zur Verfügung stehen (Elternbereich), unterscheiden sich nicht. Im Belastungserleben von Vätern sprachentwicklungsgestörter und sprachgesunder Kinder können keine Unterschiede beobachtet werden.

5 Pädagogische Implikationen

5.1 Notwendigkeit

Zur Gewährleistung von Aktivität und Teilhaben war es das Ziel dieser Forschungsarbeit, Einflussfaktoren auf die sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder zu extrahieren und hierbei insbesondere die Einflussfaktoren „elterliches Belastungserleben“ und „kommunikative Kompetenz“ in ihrer Relevanz näher zu beleuchten. Wie gezeigt werden konnte, können zwischen 50 % und 60 % des kindlichen Problemverhaltens durch die beiden genannten Faktoren erklärt werden. Aus diesem Grund werden im Folgenden Überlegungen zur Reduzierung des elterlichen Stresserlebens und Förderung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten angestellt.

5.2 Reduzierung des elterlichen Belastungserlebens

5.2.1 Hintergrund

Seit dem Zweiten Weltkrieg hat die Zusammenarbeit mit Eltern entwicklungsauffälliger, behinderter und entwicklungsgefährdeter Kinder einen deutlichen Wandel erfahren (vgl. Unger & Berg 2013; Warnke 1983, S. 60). Die Rolle der Therapeutinnen und der Eltern sowie die Ziele und Form der Einbeziehung änderten sich in jeder Phase (vgl. Dehnhardt & Ritterfeld 1998). Bis in die 60er-Jahre wurden die Eltern ausschließlich als Laien betrachtet (vgl. Speck 1983). Ihre Aufgabe bestand hauptsächlich darin, Informationen zur Anamnese zu liefern. In den therapeutischen Prozess waren sie nicht eingebunden (vgl. Dehnhardt & Ritterfeld 1998). Zur Intensivierung der Therapie wurden die Eltern in den 60er-/70er-Jahren als Ko-Therapeuten „benutzt“ (vgl. Dehnhardt & Ritterfeld 1998; Speck 1983). Als „verlängerter Arm des Therapeuten“ wurden sie angeleitet, spezielle Übungen mit dem Kind im häuslichen Umfeld durchzuführen (vgl. Pixa-

Kettner 2001; Speck 1983). Überforderungsgefühle der Eltern, Schuldzuweisungen bei nicht eintretenden Therapieerfolgen und Rollenproblemen führten Ende der 70er-, Anfang der 80er-Jahre zur Etablierung des Kooperationsmodells (vgl. Dehnhardt & Ritterfeld 1998; Speck 1983). Partnerschaftlichkeit, Kontakt auf Augenhöhe sowie die Achtung der jeweiligen Rollen prägten dieses Modell. Die Eltern wurden als Experten für ihr Kind gesehen, und die Therapeutin verstand sich als fachliche Impulsgeberin (vgl. Dehnhardt & Ritterfeld 1998). Da die Eltern in dieser Phase hauptverantwortlich für die Entwicklungsfortschritte ihres Kindes waren und die Therapeutin nur punktuell ihre fachlichen Kenntnisse einbringen konnte, wurde auch dieses Modell verworfen (vgl. Dehnhardt & Ritterfeld 1998). In der Sprachheilpädagogik setzten sich ab diesem Zeitpunkt zunehmend „Interaktionstrainings“ durch, wobei vereinzelt auch psychologisch-psychotherapeutisch ausgerichtete Modelle entwickelt wurden (vgl. Pixa-Kettner 2001). Auch wenn die Eltern nicht Verursacher der Sprachbehinderung ihres Kindes sind, können die Eltern und das Umfeld, basierend auf den Erkenntnissen der interaktionistischen Spracherwerbstheorie, dazu befähigt werden, ihre Kommunikation zum Kind so zu gestalten, dass der Spracherwerbsprozess für das Kind erleichtert wird (vgl. Breckow 1987, S. 122; Ritterfeld 1999). Sprachdidaktisch verbirgt sich dahinter das Konzept, kommunikative Kompetenz durch gemeinsames Sprachhandeln aufzubauen (vgl. Lüdtke & Stitzinger 2015, S. 144). Insbesondere in den letzten zehn Jahren wurden einige Interaktionstrainings entwickelt. Im Folgenden findet sich eine Auflistung der existierenden Interaktionstrainings:

- Hanen Early Language Parent Program (Girolametto, Greenberg, Manolson 1986)
- Freiburger Konzept der Zusammenarbeit mit Eltern (Motsch 1986)
- Elternabend mit Eltern sprachentwicklungsverzögerter Kinder (Appelbaum 1995)
- Pragmatische Elternpartizipation (Ritterfeld 1999)
- Elternkurs in der Logopädie: Eltern sprachbehinderter Kinder im Austausch (Baumgartner-Lang 2002)
- Frühe interaktive Sprachtherapie mit Elterntraining (Schelten-Cornish 2005)
- Elternzentriertes Konzept zur Förderung des Spracherwerbs (Bender-Körber & Hochlehnert 2006)
- Schritte in den Dialog: Ein Eltern-Kind-Programm für Familien mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern (Möller & Spreen-Rauscher 2009)
- Elterntraining Sprachförderung (Rodrian 2009)

- Late-Talker-Therapiekonzept (Schlesiger 2009)
- Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung (Buschmann 2011)

Das Ziel der Interaktionstrainings besteht darin, die Eltern zu einer sprachförderlichen Interaktion anzuleiten, sodass sie diese selbstständig im Alltag mit ihrem Kind anwenden können (vgl. Ritterfeld 1999). Alle Konzepte zielen zudem darauf ab, die intuitiven elterlichen Sprachlehrstrategien zu stärken und ein Wissen um den Spracherwerbsprozess zu vermitteln. Die Betrachtung des familiären Systems, die Reduzierung des elterlichen Belastungserlebens und die Behinderungsverarbeitung sind bei einem Großteil der Konzepte keine direkten Ziele. In der „Pragmatischen Elternpartizipation“ (vgl. Ritterfeld 1999) wird der Austausch mit anderen Betroffenen als copingrelevant erachtet und deshalb als fester Bestandteil im Interaktionstraining berücksichtigt. Rodrian (2009) führt, in Anlehnung an Schulze und Johannsen (1993), zur psychischen Unterstützung der Eltern die emotional-affektive Entlastung als einen inhaltlichen Schwerpunkt der Elternarbeit auf (vgl. S. 38). Rodrian (2009) hebt dabei allerdings hervor, dass auf eine deutliche Abgrenzung zur Familientherapie zur Einhaltung des Arbeitsbereichs der Sprachheilpädagoginnen geachtet werden muss (vgl. S. 38, 44). Während im Rahmen der Familientherapie das System Familie betrachtet wird, mit dem Ziel der „Erweiterung von Familienkonstruktionen, unter denen die Familie leidet“ (Rodrian 2009, S. 45), steht im Zentrum der Sprachheilpädagogik die Verbesserung der Kommunikationssituation innerhalb der Familie zur Unterstützung der kindlichen Sprachstörung (vgl. S. 45). Nichtsdestotrotz ist die psychosoziale Beratung ein Teilbereich der Sprachheilpädagogik, sodass durchaus die auf Grundlage der Sprachstörung entstandenen Ängste, Schuldgefühle, Konflikte und Störungen im elterlichen Selbstbewusstsein thematisiert werden können (vgl. S. 38).

Die psychologisch orientierte Elternarbeit hat zum Ziel, „über die Veränderung elterlicher bzw. gesamtfamiliärer Einstellungen und Haltungen Hindernisse aus dem Weg zu räumen, die einer Veränderung oder erfolgreichen Behandlung des Kindes im Wege stehen“ (Pixa-Kettner 2001). Die Eltern werden nicht mehr nur zum Erreichen der Entwicklungsfortschritte ihres Kindes „benutzt“, sondern sie selbst werden mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen (vgl. Pixa-Kettner 2001). Innerfamiliäre Probleme müssen dabei aus der Perspektive der Sprachstörung des Kindes beleuchtet und die Grenzen zur Familientherapie eingehalten werden.

Auch wenn die psychologisch orientierte Elternarbeit von den meisten Interaktionstrainings nicht explizit berücksichtigt wird, kann davon ausgegangen werden, dass prinzipiell in Interaktionstrainings die soziale und emotionale Unterstützung durch die Ge-

legenheit des Austauschs mit anderen Betroffenen möglich ist. Weiterhin muss allerdings auch hervorgehoben werden, dass die Bedürfnisse von Eltern sprachbehinderter Kinder nicht pauschalisiert werden dürfen. Während für manche Eltern sprachbehinderter Kinder ein „klassisches“ Interaktionstraining ausreichend ist, sind andere Eltern, auch abhängig von der kindlichen Störung, auf zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen in Form von sozialer und emotionaler Unterstützung angewiesen (vgl. Ritterfeld 2001).

5.2.2 Konzept der Elternarbeit

Da die Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung die Bedeutsamkeit der Reduzierung des Belastungserlebens von Eltern sprachbehinderter Kinder nahelegen, soll im Folgenden ein Konzept der Elternarbeit skizziert werden, welches die emotional-affektive Entlastung zum Inhalt hat. Die Themen der Elternarbeit wie auch ein Teil der Inhalte und die Organisationsform wurden aus dem „Elterntraining Sprachförderung“ von Rodrian (2009) übernommen. In Abbildung 24 findet sich ein von der Autorin entworfenes ressourcenorientiertes Modell der Elternarbeit, das im Folgenden differenziert vorgestellt werden wird.

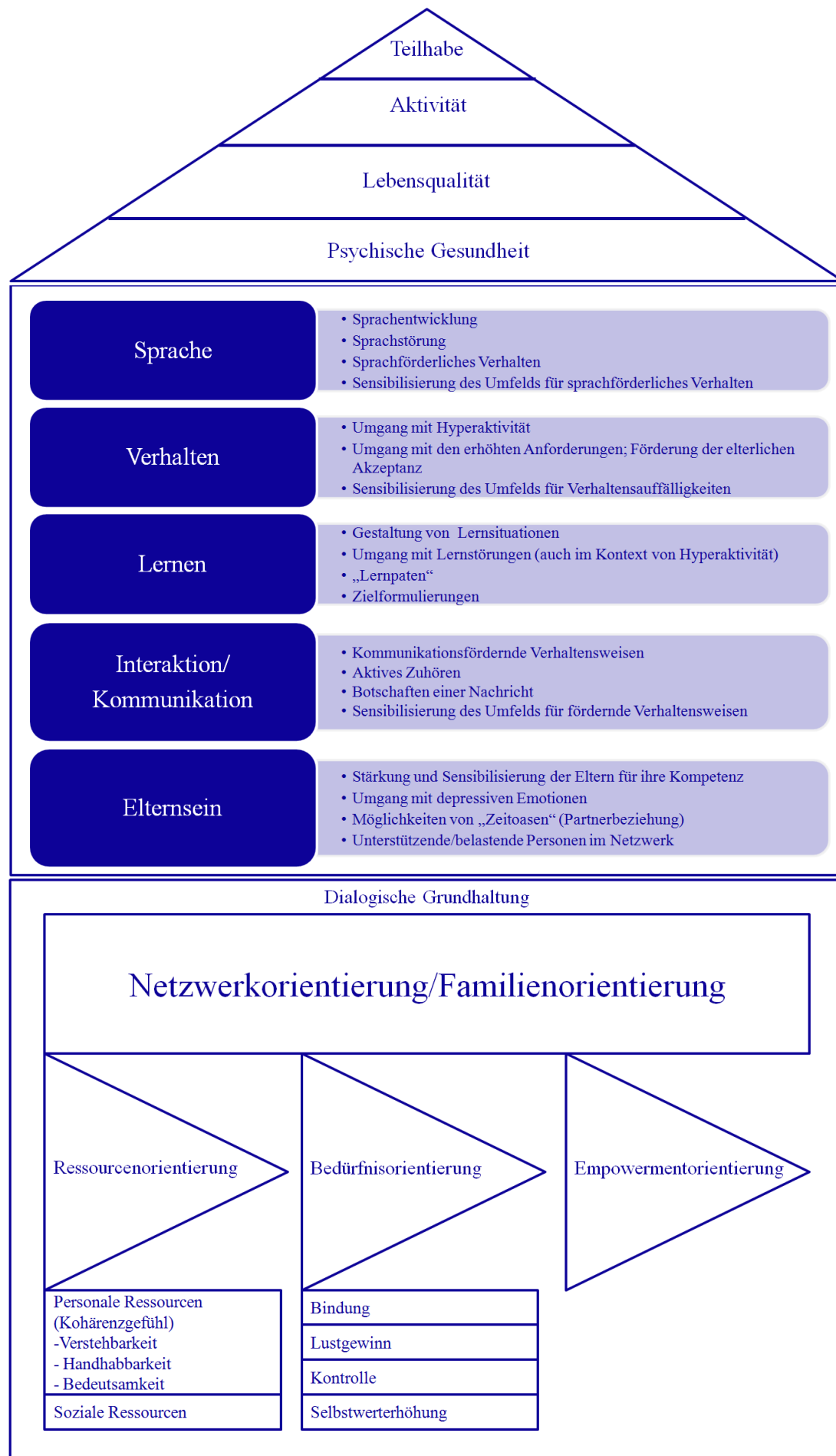


Abbildung 24. Modell der Elternarbeit

Ziele

Die Aktivität und Teilhabe eines Menschen werden mitunter durch dessen psychische Gesundheit beeinflusst. Zur Ermöglichung von Aktivität und Teilhabe muss es deshalb das Ziel der Elternarbeit sein, im Sinne der Salutogenese (Antonovsky 1997) ein Maximum an psychischer Gesundheit und Lebensqualität zu erreichen. Die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Eltern sprachbehinderter Kinder wird durch die erlebte Belastung negativ beeinflusst. Zudem wirkt das elterliche Belastungserleben über die Eltern-Kind-Interaktion auch auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes, wodurch dessen psychische Gesundheit und Lebensqualität ebenfalls gefährdet sind. Eltern sprachbehinderter Kinder müssen aus diesen Gründen dringend Unterstützungsangebote zur Reduzierung ihres Stresserlebens bekommen.

Ressourcenorientierung, Bedürfnisorientierung, Empowermentorientierung

Zur Erreichung der genannten Ziele ist es notwendig, dass die Sprachheilpädagogik nicht nur das sprachbehinderte Kind in den Fokus nimmt, sondern, abhängig vom Bedarf der Familie, auf das gesamte Netzwerk ausgerichtet ist. Die Netzwerkorientierung basiert konzeptionell auf den Gedanken der „Ressourcenorientierung“, „Empowermentorientierung“ und „Bedürfnisorientierung“.

Ressourcenorientierung meint, von den innerpsychischen Kräften überzeugt zu sein, die den Eltern ermöglichen, das Passungsverhältnis zwischen Belastung und Ressourcen wiederherzustellen, und von synergetischen Effekten auszugehen, die sich einstellen, wenn die Ressourcen der Eltern mit den Kompetenzen und Erfahrungen der Sprachheilpädagogin zusammentreffen. Ressourcenorientierung heißt immer Beziehungsarbeit, bedeutet anknüpfen an bereits Vorhandenes, ermöglicht den Eltern, eigene Wege gehen zu dürfen, darf niemals zum Ressourcendruck werden und berücksichtigt, dass Veränderungen immer im gesamten System bewirkt werden (vgl. Hintermair 2002, S. 157 ff.). Aufgrund des Einflusses der personalen und sozialen Ressourcen auf das Bewältigungserleben von Eltern entwicklungsauffälliger Kinder gilt es insbesondere diese beiden in der Elternarbeit zu stärken. Im Bereich der personalen Ressourcen muss vor allem die Stärkung des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit) im Zentrum stehen. Zur Unterstützung der „Verstehbarkeit“ gilt es die „Informationslücken“ der Eltern zur Sprachbehinderung ihres Kindes aufzudecken und diese im Beratungsprozess zu füllen (vgl. Hintermair 2003). Damit die Eltern zu dem Gefühl gelan-

gen, dass die Herausforderungen des Alltags für sie „handhabbar“ sind, ist es notwendig, die Ressourcen der Eltern aufzuspüren, um daran anschließend die Lücken im Ressourcennetz gemeinsam füllen zu können (vgl. Hintermair 2003). Die Behinderung des Kindes als „sinnhaft“ zu entdecken, hängt stark von den kulturellen und biografischen Hintergründen der Eltern ab. Sinnhaftigkeit kann entstehen, wenn die Eltern Selbstwirksamkeit und Kompetenz im Umgang mit ihrem Kind erleben und feststellen, dass ihr Kind an der Gesellschaft teilhaben kann (vgl. Hintermair 2003). Gestärkt wird die Sinnhaftigkeit aber auch, indem die Eltern in Kontakt mit Erwachsenen treten, die in der Kindheit ebenfalls von einer Sprachbehinderung betroffen waren, und erfahren, wie die Sprachbehinderung überwunden wurde und sich die Biografie entwickelte.

Eine an den Ressourcen orientierte Haltung ermöglicht eine Befriedigung der nach Epstein (1993) grundlegenden menschlichen Bedürfnisse nach Bindung, Lustgewinn, Orientierung bzw. Kontrolle und Selbstwerterhöhung. Eltern werden auf diesem Weg für ihre Kompetenzen und Fähigkeiten sensibilisiert, ohne dass dabei die Schwachpunkte aus dem Blick geraten. Sie gelangen zu einem Selbstbild, welches ihnen ermöglicht, sich ihrer Situation wieder selbstbewusst anzunehmen (Empowermentorientierung) (vgl. Sarimski et al. 2013, S. 37 f.).

Grundhaltungen der Sprachheilpädagoginnen

Hintermair (1994 im Folgenden) nennt als notwendige Fähigkeiten von Pädagoginnen für einen erfolgreichen Beratungsprozess das „Wahrnehmen“, „Erkennen“, „Verstehen“ und „vertrauensvoll teilnehmendes Stören“. „Wahrnehmen“ umfasst die reflexive Funktion und meint, dass sich die Pädagogin ihrer subjektiven Wahrnehmung im Beratungsprozess bewusst sein und ihre Rolle kontinuierlich hinterfragen muss. Daneben ist es die Aufgabe der Pädagogin als „Fachperson“, Probleme und Störungen zu „erkennen“ und passende Ressourcen zur Problemlösung aufzudecken (kognitive Funktion). Hinter dem „Verstehen“ verbirgt sich die lebensweltliche und biografieorientierte Funktion. Die Sprachheilpädagogin muss sich in die Situationen der Betroffenen „einklinken“ können und aus dieser Perspektive heraus Kräfte der Familie entdecken und wecken. Zuletzt gehört die entwicklungsorientierte Funktion des „vertrauensvoll teilnehmenden Störens“ zu einem erfolgreichen Beratungsprozess. Unter der Berücksichtigung von Fachlichkeit und familiärer Lebenswelt müssen Änderungen „provokativ“ angebahnt und vorhandene Ressourcen „stabilisiert“ werden. Dies kann nur gelingen, wenn die Sprachheilpäda-

gogin der Familie mit einer akzeptierenden und verständnisvollen Grundhaltung gegenübertritt.

Akzeptanz und Verständnis sind vonseiten der Pädagogin Teil einer notwendigen dialogischen Grundhaltung im Beratungsprozess. Eine dialogische Grundhaltung meint, dass von den Potenzialen der Familie ausgegangen werden muss, von deren Lernfreude und Interesse und dass sie als Partner ernst genommen werden. Diese Grundhaltung der Pädagogin zeigt sich darin, dass sie den Eltern etwas zutraut, ihnen ermöglicht, eigene Wege zu gehen, Zu- und Vertrauen in die Eltern hat, den Eltern Mut zuspricht und von deren Kompetenzen überzeugt ist (vgl. Horsch 2008b). Weiterhin muss es der Sprachheilpädagogin gelingen, eine positive Beratungsbeziehung aufzubauen. Hierzu muss auf den Blickkontakt und eine entspannte Körperhaltung geachtet, eine Symmetrie im Gespräch hergestellt, Gesprächsblockaden vermieden, Wertschätzung vermittelt und aktiv zugehört werden (vgl. Niebuhr-Siebert & Wenger 2012, S. 9).

Aufbau und Inhalte

In Tabelle 91 sind der Aufbau und die Inhalte des entwickelten ressourcenorientierten Elternkonzepts dargestellt. Der Aufbau orientiert sich an der Struktur von Iven und Hansen (2012). Die Inhalte wurden teilweise aus dem Konzept von Rodrian (2009) übernommen (kursive Schreibweise), da dieses Konzept entgegen vielen Interaktionstrainings explizit für Eltern sprachbehinderter Kinder im Vorschul- und Primarbereich entwickelt wurde, kostenfrei ist und im Rahmen von Elternabenden umgesetzt werden kann. Teilweise wurden die Inhalte, insbesondere hinsichtlich der vorliegenden Ergebnisse um das elterliche Belastungserleben, ergänzt (normale Schreibweise). Die explizit ressourcenorientierten Inhalte/Schwerpunkte der einzelnen Unterthemen werden in der rechten Spalte gesondert aufgeführt.

Tabelle 91 *Aufbau und Inhalte des Konzepts*

Phase	Inhalte	Ressourcenstärkung	
		Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen
Einzeltreffen: Auftragsklärung & Problem- und Kontextbeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnese ▪ Ressourcendiagnostik (personale und soziale Ressourcen) ▪ Interaktionsanalyse ▪ Klärung der Anliegen und des „Auftrags“ hinsichtlich der Themen „Sprache“, „Lernen“, „Verhalten“, „Interaktion/Kommunikation“, „Belastung“ ▪ Klärung zusätzlicher individueller Bedürfnisse ▪ Formulierung von Änderungswünschen und Zielen 	Ressourcendiagnostik	
Elternabende: Ressourcenaktivierung & Handlungsentwurf	<i>Sprache</i>	Verstehbarkeit	Primäres Netzwerk
	▪ <i>Sprachentwicklung</i>	Handhab-	(Sensibilisierung)
	▪ <i>Sprachstörung</i>	barkeit	Sekundäres Netzwerk (Austausch mit Gleich-
	▪ <i>Sprachförderliches Verhalten</i>		betroffenen)
	▪ Sensibilisierung des Umfelds für sprachförderliches Verhalten		
	<i>Verhalten</i>	Verstehbarkeit	Primäres Netzwerk
	▪ „Verhalten“	Handhab-	(Sensibilisierung)
	▪ Umgang mit Hyperaktivität	barkeit	Sekundäres Netzwerk (Austausch mit Gleich-
	▪ Umgang mit den erhöhten Anforderungen; Förderung der elterlichen Akzeptanz		betroffenen)
	▪ Sensibilisierung des Umfelds für Verhaltensauffälligkeiten		
	<i>Lernen</i>	Verstehbarkeit	Primäres Netzwerk
	▪ „Lernen“, „Lernprobleme“	Handhab-	(Lernpaten)
	▪ <i>Umgang mit Lernstörungen</i> (auch im Kontext von Hyperaktivität)	barkeit	Sekundäres Netzwerk (Austausch mit Gleich-
	▪ <i>Gestaltung von Lernsituationen</i>		betroffenen)
	▪ <i>Zielformulierungen</i>		
	▪ „Lernpaten“		

Phase	Inhalte	Ressourcenstärkung	
		Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen
Elternabende: Ressourcenaktivierung & Handlungsentwurf	<i>Interaktion/Kommunikation</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Grundlagen der Kommunikation</i> ▪ <i>Kommunikationsfördernde Verhaltensweisen</i> ▪ <i>Aktives Zuhören</i> ▪ <i>Botschaften einer Nachricht</i> ▪ Sensibilisierung des Umfelds für kommunikationsfördernde Verhaltensweisen 	Verstehbarkeit Handhabbarkeit	Primäres Netzwerk (Sensibilisierung) Sekundäres Netzwerk (Austausch mit Gleichbetroffenen)
	Elternsein <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stärkung und Sensibilisierung der Eltern für ihre Kompetenz Umgang mit depressiven Emotionen Möglichkeiten von „Zeitoasen“ (Partnerbeziehung), auch durch die Einbeziehung des Umfelds ▪ Kritische Betrachtung des Netzwerks (unterstützende, belastende Personen) ▪ Berichte von Erwachsenen, die in der Kindheit von einer Sprachbehinderung betroffen waren 	Bedeutsamkeit	Primäres Netzwerk (Einbezug) Sekundäres Netzwerk (Austausch mit Gleichbetroffenen; Kontakte zu Erwachsenen mit einer Sprachbehinderung in der Kindheit) Kritische Auseinandersetzung
Einzeltreffen: Bilanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexion des Entwicklungsprozesses ▪ Reflexion der Handlungserfahrungen ▪ Bewertung ▪ Evtl. Überarbeitung und Neuplanung ▪ Evtl. Installation zusätzlicher Unterstützungssysteme 	Bedeutsamkeit	Evtl. Ausbau des tertiären Netzwerks
Nachtreffen: Bilanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemeinsame Reflexion des Entwicklungsprozesses ▪ Gemeinsame Reflexion der Handlungserfahrungen ▪ Gemeinsame Bewertung 	Bedeutsamkeit	Sekundäres Netzwerk (Austausch mit Gleichbetroffenen)

Zu Beginn finden ein bis zwei Einzeltreffen mit der Familie zur Ressourcendiagnostik, Auftragsklärung sowie Problem- und Kontextbeschreibung statt. Neben der Erhebung anamnestischer und diagnostischer Informationen ist eine Interaktionsanalyse Bestandteil der ersten Treffen. Auf Grundlage der Ergebnisse der Interaktionsanalyse und der Alltagserfahrungen formulieren die Eltern ihre Anliegen, Änderungswünsche und Ziele

in den Bereichen „Sprache“, „Lernen“, „Verhalten“, „Interaktion/Kommunikation“, „Elternsein“ und darüber hinaus.

Es folgen fünf Elternabende à ca. 90 min in der Gruppe, die von Sprachheilpädagoginnen moderiert werden. Die Gruppe sollte aus mindestens sieben und maximal zwölf Elternpaaren bestehen (vgl. Rodrian 2009). An den Elternabenden werden die Inhalte „Sprache“, „Verhalten“, „Lernen“, „Interaktion/Kommunikation“ und „Elternsein“ thematisiert. Auf Grundlage der zuvor stattfindenden Einzeltreffen können die Inhalte allerdings auch noch angepasst und erweitert werden. Die ersten vier Bausteine wurden aus dem Konzept von Rodrian (2009) übernommen. Der Baustein „Elternsein“ wurde aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse ergänzt.

Alle Gruppenabende beginnen mit einer kurzen Problembeschreibung und Zielformulierung der einzelnen Teilnehmerinnen. Es folgt in jeder Sitzung ein kurzer Vortrag zu dem inhaltlichen Schwerpunkt des Abends (mit Ausnahme des Elternabends zum Thema „Elternsein“), bevor auf vielfältige methodische Art und Weise mit den Eltern das Thema praxisorientiert bearbeitet und diskutiert wird. Dem Austausch mit Gleichbetroffenen, deren Erfahrungen, Tipps und Wissen wird viel Zeit eingeräumt wie auch dem Ausprobieren des neu Erarbeiteten in Kleingruppen. Als „Hausaufgabe“ testen die Eltern daraufhin die Tipps in der Praxis. Die Eltern werden immer wieder für ihre Kompetenzen und Stärken sensibilisiert und darin motiviert, auch eigene Wege auszuprobieren. Die Sprachheilpädagogin versteht sich als Moderatorin und Fachperson. Ab dem zweiten Elternabend tauschen sich die Eltern über ihre Erfahrungen aus, die sie mit den neu erworbenen Handlungsalternativen in der Praxis gemacht haben.

Im Folgenden werden die Inhalte der einzelnen Bausteine näher vorgestellt. Im Baustein „Sprache“ werden die Eltern zunächst im Rahmen eines Kurzvortrags über die Themen „Sprachentwicklung“ und „Sprachentwicklungsstörungen“ informiert. Daran anschließend setzen sich die Eltern mit sprachförderlichem Verhalten auseinander (Erarbeitung der zwölf sprachförderlichen Verhaltensweisen nach Rodrian 2009), sammeln Möglichkeiten der Sprachförderung im Alltag, probieren diese in Kleingruppen aus und reflektieren individuell, wie das Umfeld für die Sprachbehinderung des Kindes sensibilisiert, aber auch für die Förderung genutzt werden kann. Durch die Vermittlung eines Wissens um die Behinderung des Kindes und die Erweiterung der Handlungskompetenz wird erreicht, dass die Eltern die Sprachentwicklungsstörung nicht mehr als u. U. „chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“ wahrnehmen, sondern als geordnet, durchschaubar und transparent (vgl. Antonovsky 1997, S. 34). Die Stärkung des Kohärenzgefühls, speziell der Verstehbarkeit, trägt dazu bei, dass die Eltern nun eher

das Gefühl haben, den Anforderungen, die Sprachbehinderung ihres Kindes betreffend, kompetenter begegnen zu können.

Der Baustein „Verhalten“, nicht aber die Inhalte, wurde aus dem Konzept von Rodrian (2009) übernommen, da nicht nur die vorliegenden Forschungsergebnisse belegen, dass sprachbehinderte Kinder stark gefährdet sind, Auffälligkeiten im sozial-emotionalen Bereich auszubilden. Zur Unterstützung der Kinder in der sozial-emotionalen Entwicklung und für einen kompetenten Umgang der Eltern mit den auftretenden Verhaltensauffälligkeiten ist es notwendig, diesem Thema an einem Elternabend Platz einzuräumen. Zunächst werden die Eltern über den Zusammenhang von Sprachentwicklungsstörungen und sozial-emotionalen Auffälligkeiten aufgeklärt, bevor sich die Eltern über ihre Erfahrungen in diesem Bereich austauschen. Dabei wird auch thematisiert, wie sich die Verhaltensauffälligkeiten auf die eigene Akzeptanz des Kindes auswirken und welche Gefühle die Eltern verspüren, wenn es bspw. in der Öffentlichkeit zu Auseinandersetzungen kommt. Gemeinsam werden auf Grundlage von Erfahrungsberichten Möglichkeiten des Umgangs und konkrete Handlungsvorschläge entwickelt. Abschließend wird darüber nachgedacht, wie das soziale Umfeld für diese Problematik sensibilisiert werden kann. Auch in diesem Baustein wird durch die Erweiterung des Wissens der Eltern und Stärkung ihrer Handlungskompetenz das Kohärenzgefühl, speziell das Gefühl von Verstehbarkeit und Handhabbarkeit, gefördert. Zudem werden die sozialen Ressourcen genutzt und ausgebaut.

Der Elternabend zum Thema „Lernen“ beginnt ebenfalls mit einem Kurzvortrag. Sprachbehinderte Kinder sind aufgrund der Tatsache, dass schulisches Wissen hauptsächlich sprachlich vermittelt wird, gefährdet, Lernprobleme zu entwickeln. Zur Unterstützung des Kindes in Lernprozessen und zur Vermeidung von Eltern-Kind-Konflikten aufgrund von Lernproblemen ist es bedeutsam, die Kompetenzen der Eltern in diesem Bereich zu stärken. Die Eltern erhalten zunächst grundsätzliche Informationen zum Lernen, bevor über das Risiko von Lernproblemen bei sprachbehinderten Kindern aufgeklärt und der Zusammenhang beleuchtet wird. Anschließend berichten die Eltern über ihre Erfahrungen und ihren Umgang mit Lernproblemen des Kindes und sammeln Ideen zur Gestaltung positiver Lernsituationen im häuslichen Umfeld (Verhalten der Eltern, Hilfestellungen, Gestaltung des Arbeitsplatzes, Uhrzeit). Auch werden die Eltern darin angeleitet, mit ihrem Kind konkrete (Lern-) Ziele zu formulieren (vgl. Rodrian 2009). Zuletzt reflektieren die Eltern individuell, wo in ihrem sozialen Umfeld eventuell soziale Ressourcen liegen, die für die Unterstützung des Kindes genutzt werden können (z. B. in Form von Lernpaten). Die Inhalte des Bausteins tragen zu einer Stärkung des

Kohärenzgefühls der Eltern bei. Ergänzend werden Möglichkeiten zum Einbezug des sozialen Netzwerks gesucht.

Im Zentrum des vierten Elternabends steht die Thematik „Interaktion/Kommunikation“. Die Thematisierung dieses Gebiets ist relevant, da die Sprachbehinderung des Kindes immer wieder zu Störungen in der Interaktion und Kommunikation führen kann. Zudem heben die vorliegenden Forschungsergebnisse die Bedeutsamkeit der Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen hervor, sodass die Eltern für kommunikationsfördernde Verhaltensweisen sensibilisiert werden müssen. Die Eltern werden in einem Kurzvortrag zu folgenden Fragestellungen informiert (vgl. Rodrian 2009):

- Was ist Kommunikation?
- Wie kann ich zuhören?
- Welche Botschaften stecken in einer Nachricht?

Im folgenden Schritt tauschen sich die Eltern über ihre Erfahrungen in der Interaktion/Kommunikation mit ihrem Kind aus. Anschließend sollen durch die Kontrastierung von kommunikationshemmenden und -fördernden Situationen die Merkmale positiver Interaktionen und Kommunikationen herausgearbeitet werden, bevor sich die Eltern im aktiven Zuhören, angemessenen Sprecherwechsel, in der Aufrechterhaltung des Blickkontakts und der Formulierung von Ich-Botschaften üben (vgl. Rodrian 2009). Gemeinsam mit der Gruppe kann abschließend überlegt werden, ob und wie das Netzwerk einbezogen werden kann. Auch dieser Baustein trägt zur Stärkung des Kohärenzgefühls bei. Wie in den Bausteinen zuvor kann vermutet werden, dass sich der Austausch mit Gleichbetroffenen positiv auf das Bewältigungserleben auswirkt und die Eltern aus den Gesprächen copingrelevante Informationen ziehen.

Der fünfte Elternabend widmet sich speziell dem Thema „Elternsein“. Anstelle eines Vortrags zu Beginn des Elternabends reflektieren die Eltern die für sie belastenden Momente infolge der Sprachbehinderung des Kindes und die Momente, die ihnen (evtl. inzwischen) gut gelingen. Jeder Elternteil stellt in der Gruppe seine individuellen „Stärken“ und „Schwächen“ vor. Daran anschließend kann der Versuch unternommen werden, die Belastungsmomente thematisch zu sortieren, um in der Folge die einzelnen Themen vertieft behandeln zu können. Zur Stärkung der Eltern im Umgang mit verschiedenen Belastungsmomenten ist angedacht, dass die Betroffenen gemeinsam nach Lösungswegen suchen und dabei insbesondere Eltern, die diesen Bereich eventuell als individuelle Stärke empfinden, die Gruppe in der Ideenfindung als „Experten“ unterstützen. Ausgehend von den Untersuchungsergebnissen, kann vermutet werden, dass

depressive Emotionen und Kognitionen thematisiert werden. Bei der Entwicklung von Lösungswegen kann es u. U. sinnvoll sein, Möglichkeiten der „Zeitoasen“ für die Eltern zu finden und mit der „Netzwerkkarte“ (Lenz 2010, S. 159) das soziale Umfeld nach unterstützenden und belastenden Personen zu hinterfragen.⁹² Dabei reflektieren die Eltern auch, wie sie den Kontakt zu gleichbetroffenen Eltern während der fünf Elternabende empfunden haben. Als weitere mögliche soziale Ressource werden Erwachsene, die in der Kindheit selbst von einer Sprachbehinderung betroffen waren, zum Elternabend eingeladen, um den Eltern von ihrem „Lebensweg“ zu berichten. Während in den Bausteinen eins bis vier insbesondere die Stärkung der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit im Zentrum steht, ist es das Ziel des letzten Bausteins, die Komponente „Bedeutung“ des Kohärenzgefühls zu stärken. Die Eltern eignen sich im Laufe der Elternabende auf vielfältige Art und Weise ein Wissen um die Sprachbehinderung ihres Kindes an und gewinnen an Handlungskompetenz, die zur Entstehung von Sinnhaftigkeit beitragen kann. Durch die Auseinandersetzung mit den Belastungsmomenten, die Erarbeitung von Lösungswegen, die Sensibilisierung für individuelle Stärken und das Kennenlernen Erwachsener mit einer Sprachbehinderung in der Kindheit sollen die Eltern an Zuversicht gewinnen und zu dem Gefühl gelangen, dass es sich lohnt, Anstrengung und Engagement in die Herausforderungen zu investieren. Sie sollen erleben, dass sie dem Problem nicht mehr hilflos und orientierungslos ausgesetzt sind, sondern den Anforderungen kompetent begegnen können (vgl. Hintermair 2003).

Nach den fünf Elternabenden finden erneut Einzelsitzungen mit der jeweiligen Familie statt. In den Einzelsitzungen wird der Entwicklungsprozess der letzten Wochen reflektiert und ggf. individuelle Fragen sowie die Notwendigkeit zusätzlicher Unterstützungssysteme thematisiert. Abschließend findet ein Nachtreffen mit allen Teilnehmerinnen statt, bei dem schwerpunktmäßig „Bilanz gezogen“ wird. Sowohl das Einzeltreffen als auch Nachtreffen in der Gruppe haben zum Ziel, die Eltern abschließend für ihre Fortschritte, Kompetenzen und Fähigkeiten zu sensibilisieren und darin zu bestärken, die Herausforderungen des Alltags nun selbstbewusst anzunehmen.⁹³ Hintermair (2003) fasst die Ziele einer ressourcenorientierten Elternarbeit wie folgt zusammen:

Es geht weniger darum, dass die Eltern lernen, responsiv oder wieder intuitiv ihrem Kind gegenüber zu werden, sondern es geht mehr darum, dass gemeinsame sinnvolle Handlungen gelebt und reflektiert werden auf

⁹² Lenz (2010, S. 160 f.) stellt einen Fragenkomplex zur Analyse sozialer Ressourcen im Gespräch bereit. Dieser kann ggf. genutzt werden.

⁹³ Die konkreten Arbeitsmaterialien für das entwickelte Konzept der Elternarbeit befinden sich zurzeit in der Vorbereitung und werden an einer anderen Stelle voraussichtlich veröffentlicht.

dem individuellen und biographischen Hintergrund der einzelnen Familie und ihrer Mitglieder und dass daraus die subjektive Kompetenz wächst, das Leben mit einem [sprachbehinderten] Kind positiv anzupacken. (S. 70)

5.3 Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen

5.3.1 Hintergrund

Die Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen ist multikausal begründbar. Zum einen zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf, dass spezifisch sprachentwicklungsgestörte Kinder im Bereich der pragmatischen Kompetenzen große Defizite aufweisen, mit nachhaltigen Auswirkungen auf die sozial-emotionale Entwicklung. Zum anderen sind es soziale, mediale und berufliche Aspekte, welche die Notwendigkeit der Förderung pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen unterstützen. Viele Kinder wachsen heute in „medienbestückten Kleinfamilien“ auf (Klippert 2012, S. 31). Sowohl das in vielen Familien anzutreffende Medienangebot als auch die Tatsache, dass jedes vierte minderjährige Kind heute als Einzelkind aufwächst (vgl. Statistisches Bundesamt 2015), tragen zu einer steigenden Kommunikationslosigkeit bei. Gleichzeitig stellen pragmatisch-kommunikative Kompetenzen, insbesondere im beruflichen Kontext, eine Schlüsselqualifikation dar. Sozial-kommunikatives Lernen ist deshalb heute Bestandteil des erweiterten Lernbegriffs und wichtiger Stützpfeiler schulischer Bildung (vgl. Klippert 2012, S. 31 ff.). Klippert (2012) betont, dass es wünschenswert wäre, wenn „bereits in der Grundschule sehr viel nachdrücklicher und konsequenter als bisher“ ein Kommunikationstraining erfolgen würde (S. 45).

5.3.2 Ziele und etablierte Konzepte

Das Ziel der Förderung von pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen besteht in der „Erweiterung der kommunikativen Kompetenzen und somit der Möglichkeiten eines Kindes zur Partizipation am Alltag“ (Dohmen 2009, S. 120). Dohmen (2009) trägt einige Interventionsansätze zur Förderung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten zusammen, die von Achhammer (2014b) erweitert wurden (vgl. S. 85 ff.). Im deutschen

Sprachraum existieren hauptsächlich Verfahren, welche Teilaspekte der Pragmatik thematisieren oder in allgemeine Konzepte zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen oder -verzögerungen eingebunden sind. Als einziges Konzept zur schwerpunktmäßigen Behandlung von pragmatisch-kommunikativen Störungen liegt im deutschen Sprachraum seit Kurzem das Gruppenkonzept „Pragmatisch fit mit Therapie“ (PraFIT) von Achhammer (2014b) vor. Neben diesem spezifischen Therapiekonzept entwickelte Dohmen (2014) einen Rahmenplan zur Therapiekonzeption bei pragmatisch-kommunikativen Defiziten. In diesem Rahmenplan finden sich Ziele für die Therapie von Kindern mit unterschiedlichen Profilen pragmatisch-kommunikativer Störungen. Methodische Vorschläge werden von Dohmen (2014) nicht formuliert. Schlamp-Diekmann (2014) setzt sich mit den Möglichkeiten der Förderung pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten im sprachheilpädagogischen Unterricht der Sekundarstufe auseinander (Klasse 5 bis Klasse 9). Hierzu formuliert sie Ziele für die Förderung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten, didaktische Prinzipien und Vorschläge zur praktischen Umsetzung der Intervention. Kannengieser (2009) führt ebenfalls Ziele zur Förderung von pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten auf und ergänzt diese durch konkrete methodische Vorschläge (vgl. S. 281 ff.). Außerdem existiert das „Kommunikationstraining“ von Klippert (2012), das schwerpunktmäßig für die allgemeine Schule und dort für die Sekundarstufe I und II konzipiert wurde, allerdings auch an die Voraussetzungen von Kindern im Grundschulalter angepasst werden kann (vgl. S. 45). Das Kommunikationstraining von Klippert (2012) stellt hauptsächlich eine Ansammlung von Übungen zum Training der Kommunikationsfähigkeiten dar. Im Folgenden werden die einzelnen Konzepte vorgestellt und analysiert, inwiefern sie zur präventiven und interventiven Behandlung pragmatisch-kommunikativer Störungen genutzt werden können, um darauf aufbauend Handlungsvorschläge für inklusive wie auch exklusive Unterrichtskontexte, schwerpunktmäßig für die Klassen 3 bis 4, entwickeln zu können. Als Grundlage der Analyse dienen entweder die Subskalen der CCC-2 oder der Rahmenplan von Dohmen (2014).

Rahmenplan zur Therapiekonzeption bei pragmatisch-kommunikativen Defiziten (Dohmen 2014)

Dohmen (2014) entwarf für fünf unterschiedliche Profile eingeschränkter kommunikativer Kompetenz einen Rahmenplan. Da im Zentrum der vorliegenden Untersuchung Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen stehen, werden das Profil 1 (ver-

zögerte kommunikative Kompetenz) und Profil 5 (dauerhaft eingeschränkte kommunikative Kompetenz) im Folgenden nicht näher thematisiert. Es werden ausschließlich die Ziele zur Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen für Profil 2 (sprachstrukturelle Defizite), Profil 3 (sprachlich-pragmatische-Defizite) und Profil 4 (sozial-kommunikative Defizite) anhand der Subskalen der CCC-2 vorgestellt (Tabelle 92). Die Ziele der einzelnen Profile werden dabei nicht getrennt voneinander betrachtet, da sich in der vorliegenden Untersuchung zeigte, dass die Kinder der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache sowohl im sprachstrukturellen als auch sprachlich-pragmatischen und sozial-kommunikativen Bereich von Defiziten betroffen sind.

Tabelle 92 *Analyse der Ziele des „Rahmenplans zur Therapiekonzeption bei pragmatisch-kommunikativen Defiziten“ von Dohmen (2014)*

Subskalen CCC-2	Ziele – Erweiterung der Kompetenzen in den folgenden Bereichen:
Sprechen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erweiterung der sprachstrukturellen Kompetenzen mithilfe bereits bestehender Therapiekonzepte zur Behandlung der Störungen auf den einzelnen Sprachebenen ▪ Verbesserung der semantischen Organisation ▪ Erweiterung des rezeptiven und/oder expressiven Wortschatzes ▪ Verbesserung der Wortfindung
Syntax	
Semantik	
Kohärenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umgang mit und Erkennen von Verständnisproblemen
Initiieren von Gesprächen/ Gesprächsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassung des Kommunikationsstils an verschiedene Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Organisation des Sprecherwechsels ▪ Gespräche gemäß den Konventionen unterschiedlicher sozialer Kontexte initiieren, aufrechterhalten und beenden ▪ Kommunikationsangebote wahrnehmen und darauf reagieren ▪ Auf unterschiedliche Intentionen angemessen reagieren ▪ Berücksichtigung des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner, des sozialen Kontextes und der damit verbundenen Konventionen ▪ Umgang mit und Erkennen von Verständnisproblemen
Kontextgebrauch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexion, dass das Gesagte nicht immer dem Gemeinten entspricht ▪ Einbezug von deiktischen, prosodischen, mimischen und gestischen Hinweisen; des physischen Kontextes, Weltwissens, vorausgehender Äußerungen und Erlebnisse ▪ Interpretation von nicht wörtlich gemeinten Äußerungen (Redewendungen, Metaphern, indirekte Äußerungen, Humor, Ironie)

Subskalen CCC-2	Ziele – Erweiterung der Kompetenzen in den folgenden Bereichen:
Nonverbale Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rezeptives emotionales Vokabular ▪ Wahrnehmung und Interpretation des mimischen, gestischen, körpersprachlichen und stimmlichen Ausdrucks anderer Personen ▪ Ausdruck von Emotionen mittels Mimik, Gestik und Körpersprache
Soziale Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angemessene Reaktion auf unterschiedliche Emotionen ▪ Reflexion, dass Emotionen häufig eine entsprechende Reaktion beim Kommunikationspartner auslösen

Für einen Großteil der CCC-2-Subskalen schlägt Dohmen (2014) differenzierte Ziele zur Verbesserung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen vor. Kritisch angemerkt werden muss, dass methodische Überlegungen zur Erreichung der Ziele fehlen.

Therapie von pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten (Kannengieser 2009)

Kannengieser (2009) setzt sich nicht nur mit den Zielen der Therapie von pragmatisch-kommunikativen Störungen auseinander, sondern führt auch methodische Vorschläge zur Intervention und Prävention auf (vgl. S. 281 ff.). Auf die folgenden vier übergeordneten Ziele kommt sie zu sprechen:

- Erwerb von kommunikativen Funktionen
- Erwerb von Gesprächskompetenz
- Verbesserung der Verständnissicherung
- Verbesserung des pragmatischen Verstehens

Das Thema „Erwerb von kommunikativen Funktionen“ wird im folgenden tabellari-schen Überblick ausgelassen, da die Ziele und Methoden für Kinder entwickelt wurden, die sprachliches Handeln noch gar nicht entdeckt haben (vgl. S. 283).

Tabelle 93 *Inhaltsanalyse der „Therapie pragmatisch-kommunikativer Fähigkeit“ von Kannengieser (2009)*

Subskalen CCC-2	Ziele	Methodische Vorschläge
Kohärenz	Verbessern der Verständnissicherung	<p>Modellartige Verständnissicherung im Freispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstration selbst initiiertter Reparaturen ▪ Aktive Bemühung um das Verständnis der kindlichen Äußerung ▪ Gelenktes Freispiel, in dem Verständigungsprobleme Thema sind ▪ Evozieren von Missverständnissen im freien Spiel

Subskalen CCC-2	Ziele	Methodische Vorschläge
Kohärenz	Verbessern der Verständnis- sicherung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewusstes Üben der Verständnissicherung ▪ Evozieren von Nachfragen durch eigenes schlecht verständliches Sprechen ▪ Besprechen von Signalen, die bei Nichtverstehen gesendet werden ▪ Üben von Korrekturen und Reformulierungen
Initiieren von Gesprächen/ Gesprächs- organisation	Erwerb von Gesprächskom- petenz	<p>Modellierung und Unterstützen des Gesprächsverhaltens</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stimulieren von Erzählungen, Gespräche über Erlebnisse ▪ Anbahnung des Sprecherwechsels, Frage-Antwort-Sequenzen, im freien Gespräch mit deutlichen Gesten, längerem Abwarten und modellartigen Angeboten ▪ Rollenspiele ▪ Telefonienspiele ▪ Einsatz von Sprechpuppen <hr/> <p>Bewusstes Üben von Dialogen und Konversationen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einüben von Rollenwechsel ▪ Spielerisches Einüben von Konversationsstandards ▪ Nachspielen von Dialogen ▪ In-vivo-Aufgaben ▪ Durchführen von Interviews ▪ Üben von Äußerungen, mit denen man ein Gespräch beginnen und beenden kann, Grußformen ▪ Gezielte Aufgaben zur Dialogsteuerung („Du möchtest den Jungen von gegenüber kennenlernen. Wie fängst Du’s an?“) <hr/> <p>Metakommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thematisieren des Erlebens und Verhaltens bei verschiedenen Kommunikationsanlässen ▪ Thematisieren von Sprecherrollen ▪ Thematisieren von Kommunikationspartnern: Mit wem spreche ich über was? ▪ Inszenierung von Gesprächen zwischen Figuren <hr/> <p>Einbeziehung der Eltern</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Videoaufnahmen von der Interaktion zwischen Eltern und Kind, Sensibilisierung für gewohnte Kommunikationsmuster ▪ Optimierung des aktiven Zuhörens, angemessenen Sprecherwechsels und des Blickkontakts ▪ Anregen regelmäßiger Dialogsituationen zu Hause

Subskalen CCC-2	Ziele	Methodische Vorschläge
Kontextgebrauch	Verbessern des pragmatischen Verstehens	Modellieren oder Üben von situationsbezogenem Verstehen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Figurentheater unter Fragestellungen wie „Was will die/der?“ ▪ Zuordnungsaufgaben zwischen Äußerungen und Rollen ▪ Finden von passenden Äußerungen zu Bildern, Situationen und Personen
		Übungen zum Verstehen von nicht wörtlichen Bedeutungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Übungen zum Verstehen und zur Verwendung von übertragenen Bedeutungen wie z. B. am Rad drehen ▪ Übungen zum Verstehen und zur Verwendung von Redewendungen ▪ Übungen zum Verstehen und zur Verwendung von Metaphern ▪ Übungen zum Verstehen von Konnotationen ▪ Identifizieren von unpassenden Äußerungen, die Höflichkeitsregeln oder soziale Rollenkonventionen verletzen
Nonverbale Kommunikation	Verbessern des pragmatischen Verstehens	Übungen zum Verstehen von nicht wörtlichen Bedeutungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorhersagen von Emotionen ▪ Finden von passenden Äußerungen zu Gesichtsausdrücken
		Übungen zum Verstehen von paraverbalen Mitteln <ul style="list-style-type: none"> ▪ Übung, in der unspezifische Äußerungen wie „Komm her!“ verschiedenen Situationen prosodisch angepasst werden müssen ▪ Übung zur Deutung von Mimik, Gestik und Prosodie mit Bildern, Audioaufnahmen, Pantomime ▪ Identifizierung von Sprechweisen

Kannengieser (2009) stellt für einen Großteil der CCC-2-Subskalen vielfältige Methoden zur Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen und zur Intervention bei Störungen in diesem Bereich bereit. Die vorgeschlagenen Methoden sind meist sowohl für das klassenbezogene Setting als auch Einzelsetting geeignet.

Gruppenkonzept PraFIT (Achhammer 2014b)

Achhammer (2014b) entwickelte im Rahmen ihrer Dissertation ein Gruppentherapiekonzept für Drittklässler, welches die Prinzipien und Techniken des Improvisationsthea-

ters nutzt.⁹⁴ Das Konzept zielt ab auf die Förderung der Eigen- und Fremdwahrnehmung (Stufe 1), die Sprachverwendung im Kontext (Stufe 2) und die Erzählfähigkeit (Stufe 3). Das Konzept umfasst zehn Einheiten à 90 Minuten (vgl. Achhammer 2014b, S. 104). In Tabelle 94 werden ausgewählte Spiele aus dem Konzept vorgestellt und hinsichtlich der Subskalen der CCC-2 analysiert (zur detaillierten Beschreibung der einzelnen Spiele siehe Achhammer 2014b, S. 114 ff.).

Tabelle 94 *Inhaltsanalyse des Konzepts PraFIT (Achhammer 2014b)*

Subskalen CCC-2	Spiel	Ziele
Semantik	<ul style="list-style-type: none"> Assoziationen (zum Impuls eines Wortes muss ein passendes Wort genannt werden) 	<ul style="list-style-type: none"> Wortfindung, assoziativer Wortabruf
Initiieren von Gesprächen/Gesprächsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> Guten Tag...(Entwicklung eines Dialogs durch pantomimische Darstellung und Verbalisieren der Tätigkeit) Ja, genau...Und dann... (gemeinsame Entwicklung einer Geschichte in der Gruppe) 	<ul style="list-style-type: none"> Turn Taking Aufnahme und Weiterentwicklung eines Ideenangebots
Nonverbale Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> Klatschkreis nacheinander (Klatschimpuls wird der Reihe nach weitergegeben) Sip Säp Sop (die drei Silben werden in der gleichen Reihenfolge weitergegeben) Ballwerfen (Ball wird im Kreis zugeworfen) 	<ul style="list-style-type: none"> Herstellen und Aufrechterhalten von Blickkontakt
	<ul style="list-style-type: none"> Raumlauf (Anweisungen der Therapeutin müssen während eines Raumlaufs umgesetzt werden) 	<ul style="list-style-type: none"> Eigenwahrnehmung
	<ul style="list-style-type: none"> Spiegeln (in der Zweiergruppe werden Bewegungen des Partners nachgeahmt) 	<ul style="list-style-type: none"> Eigen- und Fremdwahrnehmung Einfühlungsvermögen
	<ul style="list-style-type: none"> Na, du...(pantomimisches Darstellen von unterschiedlichen Berufen) 	<ul style="list-style-type: none"> Vorstellungsvermögen für typische Bewegungen/Gesten eines bestimmten Berufs
	<ul style="list-style-type: none"> Emotionen einführen (Piktogramme für die Grundemotionen) 	<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmung und Darstellung von Emotionen

⁹⁴ Zur Erklärung der Besonderheiten und Kennzeichen des Improvisationstheaters siehe Achhammer 2013, S. 176 f.

Subskalen CCC-2	Spiel	Ziele
Nonverbale Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> Status einführen (Signale von Hoch- bzw. Tiefstatus werden umgesetzt) Status im Dialog (ein Kind bekommt den Hochstatus und ein Kind den Tiefstatus zugewiesen; Minidialoge werden geführt) 	<ul style="list-style-type: none"> Körpersprachliche Statussignale Statussignale im sprachlichen Kontext
	<ul style="list-style-type: none"> Schreibmaschine (Therapeutin erzählt eine Geschichte, die von den Kindern gleichzeitig pantomimisch umgesetzt werden muss) 	<ul style="list-style-type: none"> Pantomimisches Darstellen einer Handlung Aufgreifen und Weiterführen von Ideen
Soziale Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> Klatschkreis nacheinander Klatschkreis gleichzeitig Sip Säp Sop Du-Spiel (Platztausch nach Aufforderung) Blind führen (Führen des blinden Partners durch den Raum) Spiegeln 	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenarbeit in der Gruppe

Das Konzept beinhaltet eine Vielfalt an Spielformaten, die insbesondere die Förderung der nonverbalen Fähigkeiten und der sozialen Beziehungen zum Ziel haben. Achhammer (2014b) betont, dass bei der Studie „die Unterordnung hinter vorrangige Unterrichtseinheiten und Projekte“ zu beachten war (S. 104). Dass sich das Konzept nur bedingt für den therapieimmanenten Unterricht eignet, wird anhand der Spielformate deutlich. Im Rahmen einer Projektwoche o. Ä. lässt sich dieses Konzept aber vermutlich gut umsetzen, wie auch einzelne Bausteine des Konzeptes für den therapieimmanenten Unterricht oder Förderstunden genutzt werden können. Achhammer (2014b) prüfte auch die Effektivität des von ihr entwickelten PraFIT-Konzepts. Nach der Lehrerinneneinschätzung wirkte sich die Intervention signifikant positiv auf die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen aus, in der Elterneinschätzung stellte sich dieser Effekt nicht ein. Bei den Erzählfähigkeiten konnte ebenfalls keine signifikante Verbesserung beobachtet werden (vgl. Achhammer 2014b, S. 162).

Kommunikationstraining (Klippert 2012)

Das Kommunikationstraining von Klippert (2012) basiert auf einem 5-Stufen-Modell der Kommunikationsschulung. Auf Stufe 1 steht das „Nachdenken über Kommunikation“, auf Stufe 2 „Übungen zur Förderung des freien Sprechens und Erzählens“, auf Stu-

fe 3 „Miteinander reden lernen – Das kleine 1x1 der Gesprächsführung“, auf Stufe 4 „Überzeugend argumentieren und vortragen – Rhetorische Übungen“ und auf Stufe 5 „Komplexere Kommunikations- und Interaktionsspiele“. Für das angestrebte Ziel der Entwicklung von Handlungsvorschlägen für inklusive und exklusive Settings der Klassen 3 bis 4 sind insbesondere die Inhalte der ersten drei Stufen relevant. Die Inhalte der Stufen 4 und 5 eignen sich nicht zur Ableitung von Handlungsvorschlägen für die genannte Zielgruppe.

Auf Stufe 1 steht das „Nachdenken über Kommunikation“. Die Schüler setzen sich sowohl mit ihrem eigenen Gesprächsverhalten als auch mit dem Gesprächsverhalten der Lehrkräfte kritisch auseinander. Themen wie „Kommunikationsbereitschaft“, „Kommunikationsängste“, „Kommunikationsstörungen“, „Kommunikationsmängel“, „Kommunikationsatmosphäre“ und „Kommunikationsregeln“ werden dabei besprochen. Da im Zentrum dieser ersten Stufe nicht die Förderung und das Training pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen stehen, sondern das Nachdenken über das alltägliche Kommunikationsverhalten in der Klasse, werden die Übungen nicht hinsichtlich der Möglichkeiten zur Förderung pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen analysiert (Tabelle 95).

Tabelle 95 *Übungen der Stufe 1 des Kommunikationstrainings von Klippert (2012)*

Übungen	Inhalt
Schülerbefragung	Fragebogen zur Einschätzung des persönlichen Kommunikationsverhaltens
Punktabfrage	Einschätzung der mündlichen Mitarbeit
Assoziationsspiel	Erkennen potenzieller Störfaktoren während des alltäglichen Kommunikationsverhaltens
Sprechangst	Mut machen und Tipps sammeln zum Umgang mit Sprechhemmungen und -ängsten
Wandzeitung	Kritisches, Positives und Perspektivisches bezüglich des alltäglichen Unterrichtsgesprächs
Video-Dokumentation	Nachdenken über alltägliches Kommunikations- und Interaktionsverhalten
Wunschliste	Nachdenken über mögliche Erleichterungen für die mündliche Mitarbeit
Regelerarbeitung	Regeln für erfolgreiche Gespräche

In Tabelle 96 werden ausgewählte Übungen der Stufe 2 inhaltlich vorgestellt und hinsichtlich ihres Nutzens zur Förderung pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen auf Grundlage des Rahmenplans von Dohmen (2014) analysiert (zur detaillierten Beschreibung der einzelnen Übungen siehe Klippert 2012, S. 56 ff.).

Tabelle 96 *Inhaltsanalyse der Stufe 2 des Kommunikationstrainings von Klippert (2012)*

Übungen	Inhalt	Mögliche pragmatisch-kommunikative Ziele nach Dohmen (2014)
Montagskreis	Gelegenheit zum Berichten von Befindlichkeiten, Aktivitäten des Wochenendes und Vorsätzen für die anlaufende Woche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen
Tagesschau	Im Rückblick auf den endenden Schultag eine Art Bilanz ziehen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen
Wochenschau	Rückmeldungen zum Unterricht der Woche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen
Blitzlicht	Spontanes Äußern der Meinung zu einer bestimmten Fragestellung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen ▪ Angemessenes Mitteilen eigener Emotionen

Übungen	Inhalt	Mögliche pragmatisch-kommunikative Ziele nach Dohmen (2014)
Stimmungs- barometer	Nachdenken über Be- findlichkeiten im Unter- richt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erweiterung des rezeptiven emotionalen Vokabulars ▪ Nonverbale Hinweise anderer richtig interpretieren ▪ Emotionen mittels verbaler und nonverbaler Ressourcen ausdrücken ▪ Sozial angemessen auf Reaktionen anderer reagieren
Witze erzählen	Vortragen von Kinder- witzen in Kleingruppen und später im Plenum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Wahrnehmung und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen ▪ Interpretation nicht wörtlich gemeinter sprachlicher Äußerung ▪ Einbezug pragmatischer Hinweise ▪ Reflexion, dass das Gesagte nicht dem Gemeinten entspricht
Meinungsmarkt	Rundgespräch im Ple- num zu einem bestimm- ten Thema, eventuell auch durch das Zuweisen von Rollen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angemessene Reaktion auf unterschiedliche Intentionen ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen ▪ Angemessenes Mitteilen eigener Emotionen ▪ Kommunikationsangebote anderer wahrnehmen und darauf reagieren

Übungen	Inhalt	Mögliche pragmatisch-kommunikative Ziele nach Dohmen (2014)
Brainstorming	Zusammentragen von möglichst vielen Gedanken/Ideen zu einer vorgegebenen Problem- bzw. Fragestellung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen ▪ Angemessenes Mitteilen eigener Emotionen ▪ Kommunikationsangebote anderer wahrnehmen und darauf reagieren

Im Zentrum der Stufe 3 steht das Miteinanderreden. Die Übungen hierzu werden in Tabelle 97 analysiert.

Tabelle 97 *Inhaltsanalyse der Stufe 3 des Kommunikationstrainings von Klippert (2012)*

Übungen	Inhalt	Mögliche pragmatisch-kommunikative Ziele nach Dohmen (2014)
Missverständnisse	Sachebene und Beziehungsebene von Mitteilungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse ▪ Erweiterung der rezeptiven emotionalen Vokabulars ▪ Wahrnehmen und Interpretieren von nonverbalen Hinweisen
Regelkreis	Diskussion von Regeln für Unterrichtsgespräche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexion sozialer Konventionen von Diskursen ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen ▪ Angemessenes Mitteilen eigener Emotionen ▪ Kommunikationsangebote anderer wahrnehmen und darauf reagieren

Übungen	Inhalt	Mögliche pragmatisch-kommunikative Ziele nach Dohmen (2014)
Doppelkreis	Paarweise Unterhaltung zu bestimmten Themen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angemessene Reaktion auf unterschiedliche Intentionen ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen ▪ Kommunikationsangebote anderer wahrnehmen und darauf reagieren
Kettengeschichte	Bilden einer Satzkette mit Wiederholung der Worte der/des Vorredners	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Präzises Zuhören ▪ Blickkontakt halten
Partnerinterview	Interviewen des Partners zu einem Thema mit anschließender Vorstellung im Plenum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angemessene Reaktion auf unterschiedliche Intentionen ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen
Kreisgespräch	Diskussion eines Themas unter Beachtung bestimmter Kommunikationsregeln	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angemessene Reaktion auf unterschiedliche Intentionen ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen ▪ Organisation des Sprecherwechsels

Das Kommunikationstraining von Klippert (2012) liefert einen Pool an Übungen zur Erreichung einer Vielzahl der im Rahmenplan von Dohmen (2014) aufgeführten Ziele. Differenzierte Ziele, die mit den einzelnen Übungen erreicht werden können, fehlen im Konzept von Klippert (2012).

Förderung pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten im sprachheilpädagogischen Unterricht (Schlamp-Diekmann 2014)

Schlamp-Diekmann (2014) stellt Überlegungen zu den Möglichkeiten der Förderung pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen von sprachentwicklungsgestörten Jugendlichen an. Da die von ihr formulierten Ziele insbesondere für Schüler der Sekundarstufe gedacht sind, werden im Folgenden ausschließlich ihre methodischen Vorschläge zur Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen vorgestellt und hinsichtlich der Möglichkeiten zur Erreichung der pragmatisch-kommunikativen Ziele des Rahmenplans von Dohmen (2014) analysiert (Tabelle 98).

Tabelle 98 *Inhaltsanalyse der Förderung pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten im sprachheilpädagogischen Unterricht (Schlamp-Diekmann 2014)*

Methode		Inhalt	Mögliche pragmatisch-kommunikative Ziele nach Dohmen (2014)
Klassenraumformat	Think, pair, share	Schüler stellt Überlegungen zu einem Thema an und tauscht diese anschließend mit einem anderen Schüler aus. Zuletzt werden die Ideen/Antworten im Plenum gesammelt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angemessene Reaktion auf unterschiedliche Intentionen ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner
	Gespräch in der Murmelgruppe	Zwei bis drei Schüler treffen sich in der Ecke eines Klassenzimmers und tauschen sich zu einem Thema aus. Das Ergebnis wird anschließend im Plenum vorgestellt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n)
	Methode Basar	Schüler gehen im Klassenraum umher und führen mit den begegnenden Personen einen kurzen Dialog.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen ▪ Organisation des Sprecherwechsels

	Methode	Inhalt	Mögliche pragmatisch-kommunikative Ziele nach Dohmen (2014)
Förderung der „Theory of Mind“	Referenzielle Kommunikationsaktivität	Schüler sitzen durch eine Wand getrennt gegenüber an einem Tisch. Mithilfe verschiedener Materialien wird ein Produkt erstellt, das von dem Erstellenden handlungsbegleitend versprachlicht wird, sodass der Partner dessen Anweisungen ausführen kann. Abschließend wird das Produkt verglichen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n)
	Gedanken und Gefühle interpretieren	„Bildergalerie Augenblicke“ (Franzen et al. 2007): Die Schüler durchwandern eine Galerie mit Augenpartien und notieren hierzu die Stimmung/Gefühle. Anschließend durchwandern sie ein zweites Mal die Galerie, allerdings mit vollständigen Gesichtern. Erneut notieren sie die Stimmung/Gefühle. Zuletzt werden die Einschätzungen verglichen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpretation von Emotionen anhand des mimischen Ausdrucks
Dialogführung	Dialogführung	Bspw. wird ein Vorstellungsgespräch mit fertigen Dialogteilen geübt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angemessene Reaktion auf unterschiedliche Intentionen
		„Bildergalerie Sprechblasen“ (Franzen et al. 2007): Zu verteilten Bildkarten im Raum (Menschen/Tiere) müssen auf leeren Sprechblasen, für die anderen Mitschüler nicht sichtbar, mögliche Aussagen notiert werden. Anschließend schlüpfen die Schüler in eine Figur und tragen den Dialog vor. Zuletzt werden im Plenum die Ergebnisse diskutiert.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner ▪ Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n) ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen
	Rollenspielübungen	Rollenspiele anhand verschiedener Situationen; die Durchführung wird anschließend von den Beobachtern und Beteiligten diskutiert.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation des Sprecherwechsels ▪ Reflexion sozialer Konventionen von Diskursen

Wie Kannengieser (2009) stellt auch Schlamp-Diekmann (2014) eine Reihe an Übungsformaten zur Umsetzung der Therapie- und Förderziele im pragmatisch-

kommunikativen Bereich bereit. Wie anhand des tabellarischen Überblicks deutlich wird, können die methodischen Übungsvorschläge zur Umsetzung vieler der im Rahmenplan von Dohmen (2014) aufgeführten Ziele verwendet werden.

5.3.3 Möglichkeiten zur Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen im sprachheilpädagogischen Unterricht

Münchener Modell

Im Folgenden werden auf Grundlage der Dimensionen „Organisation“, „Intention“, „Inhalt“, „Interaktion“ und „Methode“ des in Abbildung 25 dargestellten „Münchener Modells“ (Reber & Schönauer-Schneider 2014) Handlungsvorschläge zur präventiven und interventiven Behandlung pragmatisch-kommunikativer Störungen in inklusiven wie auch exklusiven Unterrichtskontexten, schwerpunktmäßig für die Klassen 3 bis 4, formuliert. Die Dimension „Medium“ wird ausgelassen, da die Lehrerinnensprache bereits unter den „Methoden“ hinreichend betrachtet werden wird.

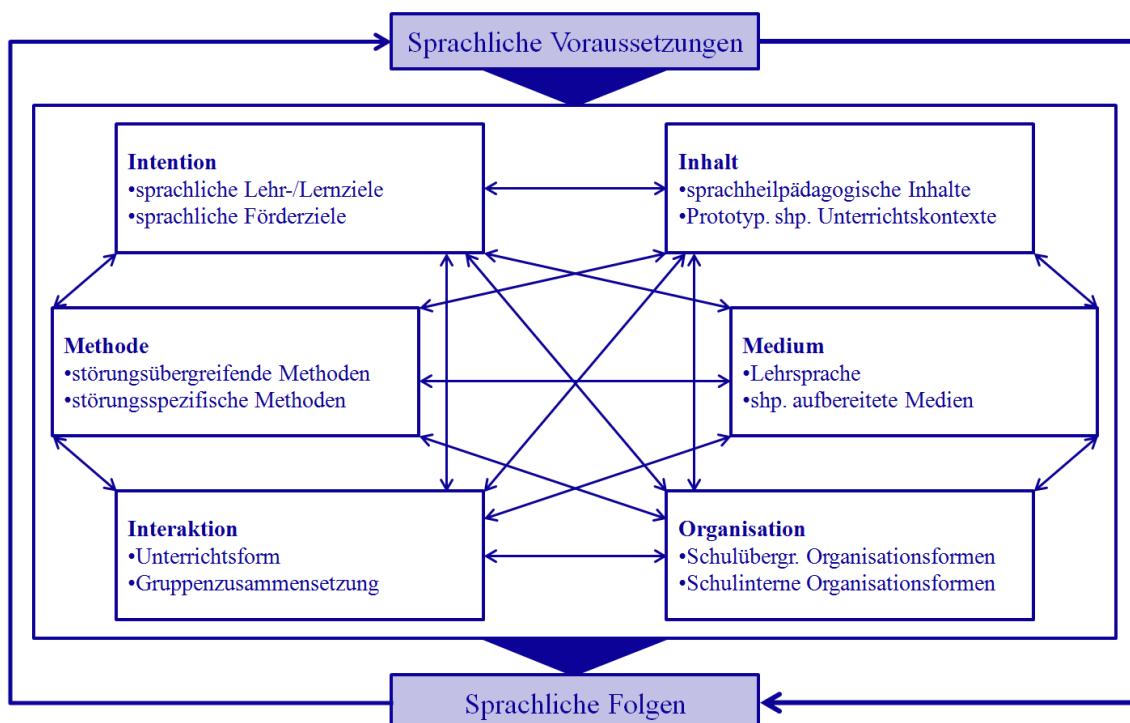


Abbildung 25. Münchener Modell zur Planung sprachheilpädagogischen Unterrichts (nach Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 21)

Organisation

Sprachheilpädagogischer Unterricht kann an Förderschulen, in integrativen Einrichtungen und in Regelschulen stattfinden (vgl. Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 36). Intern lässt sich der sprachheilpädagogische Unterricht im Rahmen von Sprachförderung und Sprachtherapie im Klassenunterricht oder in Förderstunden außerhalb des Klassenunterrichts umsetzen. Die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen können somit auf unterschiedliche Art und Weise schulübergreifend und schulintern präventiv und interventiv behandelt werden. Die Verbesserung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen ist heute kein ausschließliches Thema mehr für Kinder der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache. Vielmehr können auch Kinder der allgemeinen Schule ohne Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung von Sprachförderangeboten in diesem Bereich profitieren, sind eventuell sogar darauf angewiesen (vgl. Klippert 2012). Trotz der schulübergreifenden Bedeutsamkeit dieses Themas ist es notwendig, sich ein Wissen um die individuellen Förder- und Therapiebedürfnisse der Kinder anzueignen und darauf aufbauend Förder- und Therapieziele zu formulieren.

Intention

Zur Ableitung von Förder- und Therapiezielen für eine Unterrichtsstunde kann entweder der Inhalt der Unterrichtsstunde dahin gehend analysiert werden, inwieweit er zur Förderung pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen genutzt werden kann, oder, ausgehend von den Förderbedürfnissen der Schüler, hinterfragt werden, welches Schulfach, welcher Inhalt zur Erreichung eines Förder- und Therapieziels verwendet werden kann (vgl. Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 27 ff.). Individuelle Therapieziele werden in einzelnen Unterrichtsabschnitten oder im Rahmen der schulischen Förderstunden aufgegriffen, wohingegen das klassenbezogene Förderziel für einige Wochen vertieft behandelt wird (vgl. Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 29). So könnte das Thema „Pragmatik“ klassenbezogenes Förderziel für mehrere Wochen sein.

Inhalt

Die Auswahl sprachheilpädagogischer Inhalte erfolgt auf Grundlage der individuellen Therapie- und klassenbezogenen Förderziele, der Interessen der Kinder und des Lehrplans. Bestimmte Unterrichtskontexte eignen sich besonders zur Prävention von prag-

matisch-kommunikativen Defiziten und zur Intervention bei Störungen in diesem Bereich. Prototypische Unterrichtsbereiche sind:

- Rituale
 - Morgenkreis (Erzählung vom Wochenende)
 - Tagesschau (Reflexion des Tages)
 - Wochenschau (Reflexion der Woche)
 - Stimmungsbarometer (Mitteilung des persönlichen Empfindens)
 - Redewendung des Tages/Witz des Tages
- Sachunterricht/Geschichtsunterricht (Brainstorming, Diskussion, Austausch und Formulieren von Meinungen, Präsentationen)
- Deutschunterricht (Brainstorming, Diskussion, Austausch und Formulieren von Meinungen, Nacherzählungen, Rollenspiele, Präsentationen, Buchvorstellungen)
- Kunstunterricht (Wahrnehmung und Darstellung von Emotionen)

Interaktion

Die Art und Weise, wie Schüler und Lehrkräfte miteinander interagieren, wird über die Wahl der Sozialform geregelt. Meyer (2009) unterscheidet hierbei den „Frontalunterricht“ vom „Gruppenunterricht“, der „Partnerarbeit“ und der „Einzelarbeit“ (vgl. S. 115). Insbesondere der „Frontalunterricht“, „Gruppenunterricht“ und die „Partnerarbeit“ bieten sich zur Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen und zur Intervention bei Störungen in diesem Bereich an.

Unter dem Begriff „integrierter Frontalunterricht“ hält der Frontalunterricht in den letzten Jahren wieder zunehmend Einzug in die Klassenräume (vgl. Meyer 2009, S. 35). Kennzeichnend für den „integrierten Frontalunterricht“ ist, dass er sich auf den Zusammenhang frontalunterrichtlicher Phasen mit eigentätigen, selbstverantworteten und selbstgesteuerten Schülerarbeitsformen richtet [...]. Die Aktivitätsformen der Lernenden wachsen dabei in ihrem Anspruchsniveau von der Eigentätigkeit [...] über die Selbstverantwortung [...] bis zur Selbststeuerung [...] (Gudjons 2013, S. 24). Insbesondere für den Unterricht mit sprachentwicklungsgestörten Kindern ist der Frontalunterricht aufgrund seiner Strukturierung und Lehrerinnenzentrierung sowie der Möglichkeit des gezielten Einsatzes von Lehrerinnensprache unverzichtbar (vgl. Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 35). In Phasen des Frontalunterrichts können durch den gezielten Einsatz der Lehrerinnensprache, die Reduzierung kommunikativer Anforderungen und die Schaffung von Kommunikationsgrundlagen, die pragmatisch-kommunikativen

Kompetenzen präventiv und interventiv behandelt werden (vgl. Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 35).

Die Gruppen- oder Partnerarbeit bietet sich besonders zur Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen und zur Intervention bei Störungen in diesem Bereich an, da die Schüler in natürlichen Kontexten durch den Einsatz pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten Themen und Aufgaben miteinander diskutieren und lösen müssen. Gruppen- oder Partnerarbeitsphasen beinhalten allerdings für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen verschiedene Hürden, weshalb diese Sozialformen mithilfe von „ritualisierten Abläufen, strukturierten Elementen, Einschränkungen der Vielfalt und sprachschaffenden Initiativen“ organisiert werden müssen (Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 33). Zur Nutzung dieser beiden Sozialformen für die Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen ist es zudem notwendig, zu Beginn pragmatisch-kommunikative Ziele mit den Schülern zu definieren und im Anschluss an die Arbeitsphase diese Ziele zu reflektieren. Der Lehrkraft kommt während dieser Phasen die Aufgabe zu, die Kommunikation innerhalb der Gruppen modellierend und metasprachlich zu unterstützen. Folgende pragmatisch-kommunikativen Ziele nach Dohmen (2014) können im Rahmen der Gruppen- und Partnerarbeit erreicht werden:

- Angemessene Reaktion auf unterschiedliche Intentionen
- Einschätzen des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner
- Anpassen des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner
- Einführung und Entwicklung von Themen
- Erkennen von und Reagieren auf Missverständnisse(n)
- Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen
- Organisation des Sprecherwechsels
- Herstellen und Aufrechterhalten des Blickkontakts

Innerhalb der Gruppen- und Partnerarbeit können homogene oder heterogene Lerngruppen gebildet werden. In Kleingruppen- oder Partnerarbeitsphasen kann es zur Prävention und Intervention sinnvoll sein, einen Schüler mit guten pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten mit einem Schüler mit Auffälligkeiten in der pragmatisch-kommunikativen Entwicklung zusammenzubringen. Insbesondere bei Methoden, Übungsformaten oder Spielen, in denen die Lehrkraft nur bedingt unterstützend eingreifen kann (z.B. Think, pair, share; Murrelgruppe; Partnerinterview), bietet sich die Bildung heterogener Lerngruppen an.

Methoden

Im sprachheilpädagogischen Unterricht wird zwischen störungsübergreifenden und störungsspezifischen Methoden unterschieden. Zu den „störungsübergreifende Methoden“ zählen u. a. die Lehrerinnensprache und Metasprache (vgl. Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 43). Sie dienen meist der Prävention und sichern Kommunikations- und Lernerfolge. Die Lehrerinnensprache kann wie folgt zur Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen genutzt werden (Tabelle 99).

Tabelle 99 *Möglichkeiten der Förderung pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen durch die Lehrerinnensprache*

Subskalen CCC-2	Pragmatisch-kommunikative Ziele
Sprechen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klare und deutliche Aussprache
Syntax	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einfache Sätze ▪ Pausen ▪ Betonung
Semantik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiederholung der Wörter ▪ Angemessener Wortschatz
Kohärenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umgang und Erkennen von Verständnisproblemen: Demonstration und Reparaturen; Evozieren von Missverständnissen
Initiieren von Gesprächen/ Gesprächsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Turn Taking ▪ Initiierung, Aufrechterhaltung und Beendigung von Gesprächen unter Einsatz von Gesten und Abwarten
Nonverbale Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blickkontakt ▪ Einsatz von Mimik und Gestik ▪ Raum/Distanzverhalten ▪ Sprechtempo ▪ Melodie/Prosodie ▪ Akzentuierung ▪ Sprechpausen
Soziale Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wahrnehmen von und Reagieren auf die Emotionen anderer Personen

Insbesondere in Phasen des „Frontalunterrichts“ kann die Lehrkraft mit ihrer Sprache Modell hinsichtlich pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen für die Schüler sein und die Schüler für die verschiedenen Förder- und Therapieziele sensibilisieren.

Hinter dem Begriff der „Metasprache“ versteckt sich „das bewusste reflektierte Sprechen über Sprache und sprachliche Phänomene“ (Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 53). Für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen ist es bedeutsam, Sprache während des Unterrichts immer wieder zum bewussten Gegenstand der Reflexion zu

machen. Die „pragmatische Bewusstheit“ stellt einen Baustein metasprachlichen Arbeitens dar. „Pragmatische Bewusstheit“ beinhaltet die:

- „Reflexion sozialer Regeln der Sprache (z. B. Höflichkeit)
- Sprachwitze
- Beurteilung des Verständnisses von Ironie und Sarkasmus
- Einschätzen der Adäquatheit und Vollständigkeit von Äußerungen“ (Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 53)
- Beurteilung nonverbaler Fähigkeiten (Blickkontakt, Prosodie, Mimik, Gestik usw.)
- Beurteilung des Turn Takings

Folgende Techniken ermöglichen, die Pragmatik im sprachheilpädagogischen Unterricht zum bewussten Gegenstand der Reflexion zu machen (Tabelle 100).⁹⁵

Tabelle 100 *Techniken metasprachlichen Arbeitens*

Technik	Erklärung	Beispiel
Sprachliche Erklärung	Schüler und Lehrerinnen sprechen über ein pragmatisches Phänomen.	Erklären der Redewendung „etwas ausbaden müssen“: Schüler 1 verwendet in seinem Bericht vom Tag, dass er „alles ausbaden musste“. Lehrkraft fragt nach, was dies bedeutet. Schüler 2: „Er wurde bestraft“ Schüler 3: „Er musste die Konsequenzen tragen“ Lehrkraft erklärt die Herkunft der Redewendung.
Sprachliche Kontrastierung	Ein pragmatisches Phänomen wird anhand zweier Beispiele kontrastiv gegenübergestellt.	Förderziel im Morgenkreis ist, nur vom Wichtigsten des Wochenendes zu erzählen. Schüler 1 erzählt von seinem Wochenende und geht dabei sehr präzise auf Details ein. Schüler 2 formuliert, was gut gelungen ist, äußert aber auch, dass sich Schüler 1 an manchen Stellen in unwichtigen Details verloren hat. „Anstelle von ‘um 17.53 Uhr sind wir mit dem Bus gefahren’ hättest du auch sagen können ‘am Nachmittag sind wir mit dem Bus gefahren’.“ Lehrerin: „Wieso wäre ‘am Nachmittag’ in dieser Situation passender gewesen, als ‘17.53 Uhr’?“ →Diskussion

⁹⁵ Die Techniken wurden aus Reber und Schönauer-Schneider (2014, S. 54) übernommen, allerdings für den Gegenstand „Pragmatik“ angepasst.

Technik	Erklärung	Beispiel
Einbettung in eine Handlung	Ein pragmatisches Phänomen wird zur kindgemäßen Darstellung in eine Handlung oder eine Spielsituation eingebettet.	Förderziele sind die Anpassung des Kommunikationsstils an die Inhalte und Kommunikationspartner. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion zu einem Thema im Sachunterricht (z. B. neuer Fahrradweg) nehmen die Schüler unterschiedliche Rollen ein (z. B. Politiker, Anwohner usw.) und passen ihren Kommunikations- und Sprechstil an ihre Rolle an.

„Störungsspezifische Methoden“ werden in einzelnen Unterrichts- und Förderstunden als Bausteine zur sprachlichen Prävention und Intervention integriert (vgl. Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 43). Die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen können als klassenbezogenes Förderziel oder individuelles Therapieziel in einzelnen Unterrichtsabschnitten oder Förderstunden über einige Wochen behandelt werden.

Ist die Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen über mehrere Wochen klassenbezogenes Förderziel oder die Therapie pragmatisch-kommunikativer Störungen das Ziel von Förderstunden, sollten sich die Schüler zunächst mit der Bedeutung dieser Fähigkeiten auseinandersetzen und ihre Stärken und Schwächen analysieren. Klippert (2012) liefert hierzu einige methodische Vorschläge zum Einstieg in das Thema. Darüber hinaus bietet es sich an, die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen im Rahmen von Ritualen (Morgenkreis, Tagesschau, Wochenschau, Stimmungsbarometer, Redewendung des Tages/Witz des Tages) zu verbessern.

Die folgende Tabelle wurde entwickelt, um abhängig vom Förderziel der Klasse oder Therapieziel des jeweiligen Schülers Feinziele formulieren und mit den entsprechenden methodischen Vorschlägen Interventionen planen zu können (Tabelle 101).

Tabelle 101 *Handlungsvorschläge zur Intervention bei pragmatisch-kommunikativen Störungen*

Subskalen	Feinziele (nach Dohmen 2014)	Methodische Vorschläge ⁹⁶
CCC-2		
Sprechen	<ul style="list-style-type: none"> Verbesserung der phonetisch-phonologischen Fähigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> Artikulationsbehandlung nach van Riper Therapiekonzept Metaphon (Jahn 2007) Psycholinguistisch Orientierte Phonologietherapie (Fox 2003)
Syntax	<ul style="list-style-type: none"> Verbesserung der morphologisch-syntaktischen Fähigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> Kontextoptimierung (Motsch 2006; Berg 2011) Patholinguistische Therapie (Kauschke & Siegmüller 2009)

⁹⁶ Eine Erläuterung der methodischen Vorschläge sowie die dazugehörigen Quellenangaben finden sich in Kapitel 5.3.2.

Subskalen CCC-2	Feinziele (nach Dohmen 2014)	Methodische Vorschläge
Semantik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der semantischen Organisation ▪ Erweiterung des rezeptiven und/oder expressiven Wortschatzes ▪ Verbesserung der Wortfindung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborationstherapie (Glück 2003) ▪ Patholinguistische Therapie (Kauschke & Siegmüller 2009) ▪ „Assoziationen“
Kohärenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umgang mit und Erkennen von Verständnisproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Training zum „Monitoring des Sprachverstehens“ (Reber & Schönauer-Schneider 2014) ▪ Demonstration selbst initiiertter Reparaturen ▪ Aktive Bemühung um das Verständnis der kindlichen Äußerung ▪ Gelenktes Freispiel, in dem Verständigungsprobleme Thema sind ▪ Evozieren von Missverständnissen im freien Spiel ▪ Bewusstes Üben der Verständnissicherung ▪ Evozieren von Nachfragen durch eigenes schlecht verständliches Sprechen ▪ Besprechen von Signalen, die bei Nichtverstehen gesendet werden ▪ Üben von Korrekturen und Reformulierungen
Initiieren von Gesprächen/ Gesprächsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassung des Kommunikationsstils an verschiedene Inhalte und Kommunikationspartner ▪ Einführung und Entwicklung von Themen ▪ Organisation des Sprecherwechsels ▪ Gespräche gemäß den Konventionen unterschiedlicher sozialer Kontexte initiieren, aufrechterhalten und beenden ▪ Kommunikationsangebote wahrnehmen und darauf reagieren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Regelkreis“ ▪ „Doppelkreis“ ▪ „Partnerinterview“ ▪ „Kreisgespräch“ ▪ „Think, pair, share“ ▪ „Murmelpuppe“ ▪ „Guten Tag...“ ▪ „Ja, genau... Und dann...“ ▪ „Bildergalerie Sprechblasen“ (Franzen et al. 2007) ▪ Thematisieren des Erlebens und Verhaltens bei verschiedenen Kommunikationsanlässen ▪ Thematisieren von Sprecherrollen ▪ Thematisieren von Kommunikationspartnern: Mit wem spreche ich über was? ▪ Inszenierung von Gesprächen zwischen Figuren

Subskalen CCC-2	Feinziele (nach Dohmen 2014)	Methodische Vorschläge
Initiieren von Ge- sprächen/ Gesprächs- organi- sation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf unterschiedliche Intentionen angemessen reagieren ▪ Berücksichtigung des Wissenshintergrunds der Kommunikationspartner, des sozialen Kontextes und der damit verbundenen Konventionen 	
Stereotype Sprache	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Differenzierung zwischen Wichtigem und Unwichtigem im Gespräch ▪ Anpassung der Prosodie an Kommunikationsinhalt und Kommunikationspartner ▪ Erweiterung von Wortschatz, Ausdrücken, Sätzen oder längeren Redewendungen zum Starten und Beenden eines Gesprächs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übung, in der unspezifische Äußerungen wie „Komm her!“ verschiedenen Situationen prosodisch angepasst werden müssen ▪ Identifizierung von Sprechweisen ▪ Sammeln von „Gesprächsstärtern“ und Möglichkeiten zum Beenden des Gesprächs ▪ Reflexion, in welchen Situationen welche Informationen wichtig bzw. unwichtig sind
Kontext- gebrauch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexion, dass das Gesagte nicht immer dem Gemeinten entspricht ▪ Einbezug von deiktischen, prosodischen, mimischen und gestischen Hinweisen; des physischen Kontextes, Weltwissens, vorausgehender Äußerungen und Erlebnisse ▪ Interpretation von nicht wörtlich gemeinten Äußerungen (Redewendungen, Metaphern, indirekte Äußerungen, Humor, Ironie) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Witze erzählen“ ▪ Zuordnungsaufgaben zwischen Äußerungen und Rollen ▪ Finden von passenden Äußerungen zu Bildern, Situationen, Personen ▪ Übungen zum Verstehen und zur Verwendung von übertragenen Bedeutungen wie z. B. „am Rad drehen“ ▪ Übungen zum Verstehen und zur Verwendung von Redewendungen ▪ Übungen zum Verstehen und zur Verwendung von Metaphern ▪ Übungen zum Verstehen von Konnotationen
Non- verbale Kommuni- kation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Herstellen und Aufrechterhalten von Blickkontakt ▪ Eigen- und Fremdwahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Sip Säp Sop“ ▪ „Raumlauf“ ▪ „Spiegeln“

Subskalen CCC-2	Feinziele (nach Dohmen 2014)	Methodische Vorschläge
Non-verbale Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rezeptives emotionales Vokabular ▪ Wahrnehmung und Interpretation des mimischen, gestischen, körpersprachlichen und stimmlichen Ausdrucks anderer Personen ▪ Emotionen mittels Mimik, Gestik, Körpersprache und Intention ausdrücken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Status im Dialog“ ▪ „Bildergalerie Augenblicke“ (Franzen et al. 2007) ▪ Finden von passenden Äußerungen zu Gesichtsausdrücken ▪ Übung zur Deutung von Mimik, Gestik und Prosodie mit Bildern, Audioaufnahmen, Pantomime
Soziale Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenarbeit in der Gruppe ▪ Angemessene Reaktion auf unterschiedliche Emotionen ▪ Reflexion, dass Emotionen häufig eine entsprechende Reaktion des Kommunikationspartners auslösen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rollenspiele ▪ „Kreisgespräch“ ▪ „Klatschkreis nacheinander“ ▪ „Klatschkreis gleichzeitig“ ▪ „Du-Spiel“

6 Fazit und Ausblick

Zur Verbesserung der Aktivität und Teilhabe sprachbehinderter Kinder war es das Ziel dieses Dissertationsvorhabens, Einflussfaktoren auf die sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder zu untersuchen und hierbei insbesondere die Bedeutsamkeit des elterlichen Belastungserlebens und der kindlichen pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen zu beleuchten. Darüber hinaus sollten die sozial-emotionale Entwicklung und das elterliche Belastungserleben mit einer altersgleichen sprachgesunden Kontrollgruppe und deren Eltern verglichen werden.

Die vorliegende Untersuchung unterstützt Studienergebnisse, wonach sprachbehinderte Kinder signifikant mehr Auffälligkeiten in der sozial-emotionalen Entwicklung zeigen als sprachgesunde Kinder und die Mütter dieser Kinder einer deutlich höheren Belastung ausgesetzt sind als Mütter sprachgesunder Kinder (vgl. Limm & Suchodoletz 1998; Schaunig et al. 2004). Vertiefende Analysen zum Zusammenhang zwischen dem elterlichen Belastungserleben und der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes fehlten bisher in der Sprachbehindertenpädagogik sowohl im angloamerikanischen als auch

deutschen Sprachraum. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das elterliche Belastungserleben und hierbei insbesondere die erlebte Belastung im Kindbereich von großer Relevanz für die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes sind. Möglicherweise führt eine erhöhte elterliche Belastung infolge einer Sprachbehinderung des Kindes dazu, dass die Sensitivität und Responsivität in den Interaktionen mit dem sprachbehinderten Kind beeinträchtigt sind, was wiederum Einfluss auf die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes nehmen kann. Als weiterer Faktor wurden die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten in die Untersuchung einbezogen, da wenige Arbeiten im angloamerikanischen Sprachraum und lediglich eine Arbeit im deutschen Sprachraum mögliche Zusammenhänge mit der sozial-emotionalen Entwicklung spezifisch sprachentwicklungsgestörter Kinder belegen (vgl. Conti-Ramsden & Botting 2004; Ketelaars et al. 2010; Lindsay et al. 2007; Sarimski et al. 2015). Die vorliegende Untersuchung bestätigt die Bedeutsamkeit pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen für die sozial-emotionale Entwicklung. Je besser die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten entwickelt sind, desto seltener können sozial-emotionale Störungen beobachtet werden. Die pragmatischen Kompetenzen eines Kindes sind wiederum stark abhängig von den kognitiven Fähigkeiten und der Ausprägung der Sprachbehinderung des Kindes. Die Faktoren „elterliches Belastungserleben“ und „pragmatisch-kommunikative Kompetenzen“ erklären einen signifikanten Teil des kindlichen Problemverhaltens.

Der Aufbau der vorliegenden Untersuchung als Querschnittsuntersuchung erfordert eine zukünftige Evaluation der Erkenntnisse im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung. Das entwickelte explorative Pfadmodell muss zudem an einer Stichprobe, bestehend aus mehr als 100 Probanden, geprüft werden. Wie bereits angemerkt, muss das entwickelte Konzept zur Reduzierung des elterlichen Belastungserlebens mit konkreten Materialien ausgestaltet werden. An einer Konkretisierung des Konzepts wird zurzeit gearbeitet. Zudem ist eine empirische Prüfung der entwickelten Konzepte wünschenswert. Es ist geplant, die vorgestellten Konzepte zur Reduzierung des elterlichen Belastungserlebens und zur Förderung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen hinsichtlich ihrer Evidenz in weiterführenden Studien zu überprüfen. Insgesamt sind zur Sicherung der Aktivität- und Teilhabechancen sprachentwicklungsgestörter Schülerinnen und Schüler, ergänzend zu den vorliegenden Untersuchungsergebnissen, auch zukünftig Forschungsarbeiten zur psychosozialen Entwicklung dieser Kinder wünschenswert und notwendig.

Literaturverzeichnis

- Abarca, A.; Lengning, A. & Katz-Bernstein, N. (2010). Zum Spracherwerb von Kindern und zur mütterlichen Feinfühligkeit in riskobelasteten und -unbelasteten Familien. Eine Untersuchung in Ecuador. *Empirische Sonderpädagogik*, 2, 48–63.
- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 298–301.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407–412.
- Abidin, R. R.; Jenkins C. L. & McGaughey, M. C. (1992). The relationship of early family variables to children's subsequent behavioral adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 60–69.
- Achenbach, C. M. (2000). *Child Behavior Checklist 1½–5 (CBCL 1½–5)*. Deutsche Fassung. Göttingen.
- Achhammer, B. (2013). Pragmatik-Therapie in der Gruppe. Förderung sozial-kommunikativer Störungen mit Methoden des Improvisationstheaters. In Ch. W. Glück (Hrsg.), *Fokus Pragmatik. Erwerb, Beeinträchtigung, Intervention* (S. 169–189). Köln: ProLog.
- Achhammer, B. (2014a). Pragmatische Störungen. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (S. 209–214). Stuttgart: Kohlhammer.
- Achhammer, B. (2014b). *Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten fördern. Grundlagen und Anleitungen für die Sprachtherapie in der Gruppe*. München: Reinhardt.
- Adams, C. & Bishop, D. V. M. (1989). Conversational characteristics of children with semantic-pragmatic disorder I: Exchange structure, turn taking, repairs and cohesion. *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 211–239.
- Ainsworth, M. D. S.; Blehar, M. C.; Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Amerein, B. (2014). Die sozial-emotionale Entwicklung. In H. Kasten (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie. Lehrbuch für pädagogische Fachkräfte* (S. 324–374). Haan-Gruiten: Europa Lehrmittel.
- Amorosa, H. & Noterdaeme, M. (2003). *Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Angermeier, M. J. W. (2007). *Entwicklungstest Sprache 4 bis 8 Jahre (ETS 4–8)*. Frankfurt: Pearson.
- Anthony, L.; Anthony, B.; Glanville, D.; Naiman, D.; Waanders, Ch. & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behavior and preschoolers' social competence and behavior problems in classroom. *Infant and Child Development*, 14, 133–154.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Appelbaum, B. (1995). Elternabende für Eltern von sprachentwicklungsverzögerten Kindern. *Psychiatrische Praxis*, 40, 351–356.

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2011). *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). Interdisziplinäre S2k-Leitlinie*. AWMF-Leitlinien Register Nr. 049-006.
- Asher, R. & Gazelle, H. (1999). Loneliness, peer relations, and language disorders in childhood. *Topics in Language Disorders, 19*, 16–33.
- Baker, L. & Cantwell, D. (1982). Psychiatric disorder in children with different types of communication disorders. *Journal of Communication Disorder, 15*, 113–126.
- Baker, L. & Cantwell, D. (1987). A prospective psychiatric follow-up of children with speech/language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 546–553.
- Bartlett, Ch. W.; Flax, J. F.; Logue, M. W.; Vieland, V. J.; Bassett, A. S.; Talla, P. & Brzustowicz, L. M. (2002). A Major Susceptibility Locus for Specific Language Impairment Is Located on 13q21. *The American Society of Human Genetics, 71*, 45–55.
- Bates, E.; Dale, P. S. & Thal, D. (1995). Individual differences and their implications for theories of language development. In P. Fletcher & M. MacWhinney (Hrsg.), *The handbook of child language* (S. 96–152). Oxford: Oxford University Press.
- Baumgartner-Lang, D. (2002). Eltern-Kurs in der Logopädie: Eltern sprachbehinderter Kinder im Austausch. *SAL-Bulletin, 106*, 1–5.
- Baur, S. & Endres, R. (1999). Kindliche Sprachverständnisstörung: Der Umgang im Alltag und in spezifischen Sprachfördersituationen. *Die Sprachheilarbeit, 44*, 318–328.
- Beardslee, W.; Bemporad, J.; Keller, M. B. & Klerman, M. D. (1983). Children of parents with major affective disorder: A review. *The American Journal of Psychiatry, 140*, 825–832.
- Beelmann, A.; Stemmler, M.; Friedrich, L. & Jaursch, S. (2007). Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter. Risikoeffekte des mütterlichen und väterlichen Erziehungsverhaltens. *Kindheit und Entwicklung, 16*, 229–239.
- Beitchman, J. H.; Brownlie, E. B.; Inglis, A.; Wild, J.; Ferguson, B. & Schachter, D. (1996a). Seven-year follow-up of speech/language impaired [sic] and control children: Psychiatric outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 961–970.
- Beitchman, J. H.; Brownlie, E. B.; Inglis, A.; Wild, J.; Mathews, R.; Schachter, D.; Kroll, R.; Martin, S.; Ferguson, B. & Lancee, W. (1994). Seven-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Speech/language stability and outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 1322–1330.
- Beitchman, J. H.; Hood, J. & Inglis, A. (1990). Psychiatric risk in children with speech and language disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 283–296.
- Beitchman, J. H.; Nair, R.; Clegg, M.; Ferguson, B. & Patel, P. G. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25*, 528–535.
- Beitchman, J. H.; Wilson, B.; Brownlie, E. B.; Walters, H.; Inglis, A. & Lancee, W. (1996b). Long-term consistency in speech/language profiles: II. Behavioral, emo-

- tional, and social outcomes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 35, 815–825.
- Beitchman, J. H.; Wilson, B.; Brownlie, E. B.; Walters, H. & Lancee, W. (1996c). Long-Term consistency in speech/language profiles: I. Developmental and academic outcomes. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 804–814.
- Beitchman, J. H.; Wilson, B.; Johnson, C.; Atkinson, L.; Young, A.; Adlaf, E.; Escobar, M. & Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 75–82.
- Benasich, A. A. & Tallal, P. (2002). Infant discrimination of rapid auditory cues predicts later language impairment. *Behavioural Brain Research*, 136, 31–49.
- Benasich, A. A.; Curtiss, S. & Tallal, P. (1993). Language, learning and behavioral disturbances in childhood: A longitudinal perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 585–594.
- Bender-Körber, B. & Hochlehnert, H. (2006). *Elternzentriertes Konzept zur Förderung des Spracherwerbs: Handbuch zur Durchführung von Elternworkshops*. Dortmund: Borgmann Media.
- Berg, M. (2011). *Kontextoptimierung im Unterricht. Praxisbausteine für die Förderung grammatischer Fähigkeiten*. München: Ernst Reinhardt.
- Berger, F.; Amorosa, H. & Scheimann, G. (1990). Psychiatrische Auffälligkeiten bei sprachauffälligen Kindern mit und ohne Minimale Zerebrale Dysfunktion. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 18, 71–78.
- Berk, L. E. & Potts, M. K. (1991). Development and functional significance of private speech among attention-deficit hyperactivity disordered and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 357–377.
- Berwanger, D. (2002). *Untersuchung der zeitlichen Diskriminationsfähigkeit bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung und/oder Lese-Rechtschreibstörung. Promotionsarbeit*. München: Dr. Hut.
- Bishop, D. V. M. & Adams, C. (1989). Conversational characteristics of children with semantic-pragmatic disorder II: What features lead to a judgment of inappropriacy? *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 241–263.
- Bishop, D. V. M. & Edmundson, A. (1987). Language impaired 4-year-olds: Transient from persistent impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 156–73.
- Bishop, D. V. M. & Norbury, C. F. (2002). Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: a study using standardized diagnostic instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 917–929.
- Bishop, D. V. M. (1997). Pre- and perinatal hazards and family background in children with specific language impairments: A study of twins. *Brain and Language*, 56, 1–26.
- Bishop, D. V. M. (1998). Development of the children's communication checklist (CCC): A method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 879–891.
- Bishop, D. V. M. (2000). Pragmatic language impairment: A correlate of SLI, a distinct subgroup, or a part of the autistic continuum? In D. V. M. Bishop & L. B. Leon-

- ard (Hrsg.), *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome* (S. 99–114). Hove: Psychology Press.
- Bishop, D. V. M. (2001). Genetic and environmental risks for specific language impairment in children. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 356, 369–380.
- Bishop, D. V. M. (2003). *Children's communication checklist – version 2 (CCC-2)*. Psychological Corporation.
- Bishop, D. V. M.; Carlyon, R. P.; Deeks, J. M. & Bishop S. J. (2000). Auditory temporal processing impairment: Neither necessary nor sufficient for causing language impairment in children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1295–1310.
- Bishop, D. V. M.; Hartley, J. & Weir, F. (1994). Why and when do some language-impaired children seem talkative? A study of initiation in conversations of children with semantic-pragmatic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 177–197.
- Bishop, D. V. M.; North, T. & Donlan, C. (1995). Genetic basis of specific language impairment: evidence from a twin study. *Development Medicine Child Neurology*, 1, 56–71.
- Bishop, D. V. M. & Roosenbloom, L. (1987). Classification of childhood language disorders. In W. Yule & M. Rutter (Hrsg.), *Language development and disorders* (S. 16–41). London: MacKeith Press.
- Bishop, D. V. M.; Whitehouse, A. J. O.; Watt, H. J. & Line, E. A. (2008). Autism and diagnostic substitution: Evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 341–345.
- Blanz, B.; Remschmidt, H.; Schmidt, M. H. & Warnke, A. (2006). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspathologisches Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Blewitt, P. (1994). Understanding categorical hierarchies: The earliest levels of skill. *Child Development*, 65, 1279–1289.
- BMFSJ (2012). *Alleinerziehende in Deutschland – Lebenssituationen und Lebenswirklichkeiten von Müttern und Kindern. Monitor Familienforschung. Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik. Ausgabe 28*.
- Bock, V.; Rosanowski, F. & Gräbel, E. (2007). Körperliche Beschwerden bei Müttern von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *HNO*, 55, 653–660.
- Bockmann, A.-K. & Kiese-Himmel, C. (2012). *Eltern Antworten – Revision (ELAN). Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohlin, G.; Hegekull, B. & Rydell, A.-M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Child Development*, 63, 840–858.
- Bondurant, J. L.; Romeo, D. J. & Kretschmer, R. (1983). Language behaviors of mothers of children with normal and delayed language. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 14, 233–242.
- Botting, N. (2005). Non-verbal cognitive development and language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 317–326.

- Botting, N. & Conti-Ramsden, G. (2000). Social and behavioural difficulties in children with language impairment. *Child Language Teaching and Therapy*, 16, 105–120.
- Botting, N. & Conti-Ramsden (1999). Pragmatic language impairment without autism. *Autism*, 3, 371–396.
- Botting, N. & Conti-Ramsden, G. (2003). Autism, primary pragmatic difficulties, and specific language impairment: Can we distinguish them using psycholinguistic markers? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45, 515–524.
- Botting, N.; Faragher, B.; Simkin, Z.; Knox, E. & Conti-Ramsden, G. (2001). Predicting pathways of specific language impairment: What differentiates good and poor outcome? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 1013–1020.
- Braune-Krickau, K.; Stadelmann, S.; Wyl, A. v.; Perren, S.; Bürgin, D. & Klitzing, K. v. (2005). Elterliche psychische Belastung, konflikthafte Paarbeziehung und Verhaltensregulation dreijähriger Kinder. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 181–190.
- Breckow, J. (1987). Zusammenarbeit mit Eltern von sprachbehinderten Kindern im Früh- und Elementarbereich. *Die Sprachheilarbeit*, 32, 119–128.
- Breznitz, Z. & Sherman, T. (1987). Speech patterning of natural discourse of well and depressed mothers and their young children. *Child Development*, 58, 395–400.
- Broomfield, J. & Dodd, B. (2004). Children with speech and language disability: Case-load characteristics. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39, 303–324.
- Brownlie, E. B.; Beitchman, J. H.; Escobar, M.; Young, A.; Atkinson, L.; Johnson, C. et al. (2004). Early language impairment and young adult delinquent and aggressive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 453–467.
- Bruner, J. S. (1987). *Wie das Kind sprechen lernt*. Bern: Huber.
- Buschmann, A. (2011). *Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung*. München: Elsevier.
- Buschmann, A. (2012). Frühe Sprachförderung bei Late Talkers. Effektivität des Heidelberger Elterntrainings bei rezeptiv-expressiver Sprachentwicklungsverzögerung. *Pädiatrische Praxis*, 78, 377–389.
- Buschmann, A. & Jooss, B. (2007). Frühintervention bei verzögerter Sprachentwicklung: „Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung“. *Forum Logopädie*, 21, 6–11.
- Buschmann, A. & Jooss, B. (2011). Frühdiagnostik bei Sprachverständnisstörungen. Ein häufig unterschätztes Störungsbild mit langfristig gravierenden Folgen für die Betroffenen. *Forum Logopädie*, 25, 20–27.
- Bußmann, H. (1990). *Lexikon der Sprachwissenschaft*. Stuttgart.
- Butzkamm, W. & Butzkamm, J. (2004). *Wie Kinder sprechen lernen: Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen*. Tübingen: Francke.
- Cantwell, D. P. & Baker, L. (1989). Infantile autism and developmental receptive dysphasia: A comparative follow-up into middle childhood. *Journal of autism and developmental disorders*, 19, 19–31.
- Catts, H. W. (1991). Early identification of dyslexia: Evidence from a follow-up study of speech-language impaired children. *Annals of Dyslexia*, 41, 163–177.

- Catts, H. W.; Frey, M. E.; Tomblin, J. B. & Zhang, X. (2002). A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 45, 1142–1157.
- Cina, A. & Bodenmann, G. (2009). Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 39–48.
- Clahsen, H. C. (1986). *Die Profilanalyse. Ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter*. Berlin: Marhold.
- Clark, A.; O'Hare, A.; Watson, J.; Cohen, W.; Cowie, H.; Elton, R. et al. (2007). Severe receptive language disorder in childhood-familial aspects and long-term outcomes from a Scottish study. *Archives of Disease in Childhood*, 92, 614–619.
- Clegg, J.; Hollis, C.; Mawhood, L. & Rutter, M. (2005). Developmental language disorders – a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 128–149.
- Cohen, J. S. & Mendez, J. L. (2009). Emotion regulation, language ability, and the stability of preschool children's peer play behavior. *Early Education and Development*, 20, 1016–1037.
- Cohen, N. J.; Menna, R.; Vallance, D. D.; Barwick, M. A.; Im, N. & Horodezky, N. B. (1998). Language, social cognitive processing, and behavioral characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *Association of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 853–864.
- Cohen, N.; Davine, M. & Meloche-Kelly, M. (1989). Prevalence of unsuspected language disorders in a child psychiatric population. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 107–111.
- Collins, M. & Nowicki, S. (2001). African American children's ability to identify emotion in facial expressions and tones of voice of European Americans. *The Journal of Genetic Psychology*, 162, 334–346.
- Conti-Ramsden, G. & Botting, N. (2004). Social difficulties and victimization in children with SLI at 11 years of age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47, 145–161.
- Conti-Ramsden, G. & Crutchley, A. (1997). The extent to which psychometric tests differentiate subgroups of children with SLI. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 50, 765–777.
- Conti-Ramsden, G.; Botting, N. & Durkin, K. (2008). Parental perspectives during the transition to adulthood of adolescents with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 84–96.
- Conti-Ramsden, G.; Botting, N.; Simkin, Z. & Knox, E. (2001). Follow-up of children attending infant language units: Outcomes at 11 years of age. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36, 207–219.
- Conti-Ramsden, G.; Durkin, K.; Simkin, Z. & Knox, E. (2009). Specific language impairment and school outcomes. I: Identifying and explaining variability at the end of compulsory education. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44, 15–35.
- Conti-Ramsden, G.; Simkin, Z. & Botting, N. (2006). The prevalence of autistic spectrum disorders in adolescents with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 621–628.

- Crespo-Eguilaz, N. & Narbona, J. (2006). Subtypes of specific language impairment. *Revista de Neurología*, 43, 193–200.
- Crnic, K. A.; Greenberg, M. T.; Ragozin, A. S.; Robinson, N. M. & Basbam, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development*, 54, 209–217.
- Cummings, L. (2009). *Clinical Pragmatics*. Cambridge: University Press.
- Dale, P. S.; Price, T. S.; Bishop, D. V. M. & Plomin, R. (2003). Outcomes of early language delay: I. Predicting persistent and transient language difficulties at 3 and 4 years. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46, 544–560.
- Dannenbauer, F. M. (2001). Chancen der Frühintervention bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Die Sprachheilarbeit*, 46, 103–111.
- Dannenbauer, F. M. (2003). Spezifische Sprachentwicklungsstörung. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder* (S. 48–74). Stuttgart: Kohlhammer.
- Degner, M. (2013). Störungen der Pragmatik bei Menschen mit Autismspektrumstörungen. In Ch. Glück (Hrsg.), *Fokus Pragmatik. Erwerb – Beeinträchtigung – Intervention* (S. 78–113). Köln: ProLog.
- Dehnhard, C. & Ritterfeld, U. (1998). Modelle der Elternarbeit in der sprachtherapeutischen Intervention. *Die Sprachheilarbeit*, 43, 128–136.
- Delgado, C. E. F. & Vagi, S. J. (2004). *Early risk factors for preschool speech and language impairment. Poster presented at the international Conference on Infant Studies May 2004, Chicago, Illinois*. Online in: http://www.chris.miami.edu/publications/research/early_risk_factors_for_preschool_speech_and_language_impairments.pdf. [gesehen am: 28.07.2014].
- Denham, S. A.; Caverly, S.; Schmidt, M.; Blair, K.; DeMulder, E.; Caal, S. et al. (2002). Preschool understanding of emotions: Contributions to classroom anger and aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 901–916.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development. Theory and applications*. Los Angeles: Sage Publications.
- Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Dodd, B. (1995). *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder*. London: Whurr.
- Dohmen, A. (2009). Profile eingeschränkter kommunikativer Kompetenz von Kindern: Theoretische und praktische Orientierung zur Therapiekonzeption. *L.O.G.S. INTERDISZIPLINÄR*, 17, 118–128.
- Dohmen, A. (2014). Rahmenplan zur Therapiekonzeption bei pragmatisch-kommunikativen Defiziten. In A. Fox-Boyer (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Kindergartenphase* (S. 189–204). München: Elsevier.
- Dohmen, A.; Dewart, H. & Summers, S. (2009). *Das Pragmatische Profil. Analyse kommunikativer Fähigkeiten von Kindern*. München: Elsevier.
- Döpfner, M.; Plück, J. & Kinnen, C. (2014). *Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach*. Göttingen: Hogrefe.

- Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2007). Language, social behavior, and the quality of friendship in adolescents with and without a history of specific language impairment. *Child Development*, 78, 1441–1457.
- Durkin, K.; Simkin, Z. & Knox, E. (2009). Specific language impairment and school outcomes. II: Educational context, student satisfaction, and post-compulsory progress. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44, 36–55.
- Eichler, A. K.; Glaubitz, K. A.; Hartmann, L. C. & Spangler, G. (2014). Die Erfassung elterlicher Belastung mit dem Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK). Zusammenhänge zu Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten beim Kind. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 213–222.
- Eisenberg, N.; Cumberland, A.; Spinrad, T. L.; Fabes, R. A.; Shepard, A.; Reiser, M. et al. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72, 1112–1134.
- Eisenberg, N.; Guthrie, I. K.; Fabes, R. A.; Shepard, S.; Losoya, S.; Murphy, B. C. et al. (2000). Prediction of elementary school children's externalizing problem behaviors from attentional and behavioral regulation and negative emotionality. *Child Development*, 71, 1367–1382.
- El Mogharbel, C. & Deutsch, W. (2007). Pragmatik: Sprachentwicklung im Kontext sozialen Handelns. In H. Schöler & A. Welling (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache* (S. 57–65). Göttingen: Hogrefe.
- Elben, C. E. & Lohaus, A. (2000). *Marburger Sprachverständnistest für Kinder (MSVK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Elgar, F. J.; McGrath, P. J.; Waschbusch, D. A.; Stewart, Sh. H. & Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 441–459.
- Elsner, B. & Pauen, S. (2012). Vorgeburtliche Entwicklung und früheste Kindheit (0–2 Jahre). In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 159–185). Weinheim: Belz.
- Endres, R. & Baur, S. (2000). Informelles Verfahren zur Überprüfung von Sprachverständnisseleistungen. *Die Sprachheilarbeit*, 45, 64–71.
- Engelbert, A. (1999). *Familien im Hilfenetz. Bedingungen und Folgen der Nutzung von Hilfen für behinderte Kinder*. Weinheim: Juventa.
- Epstein, S. (1993). Implications of cognitive-experiential self-theory for personality and developmental psychology. In D. Funder, R. Parke, C. Tomlinson-Keasey & K. Widaman (Hrsg.), *Studying lives through time: Personality and Development* (S. 399–438). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Esser, G.; Lehmkuhl, G. & Schmidt, M. (1983). Die Beziehung von Sprechstörungen und sprachlichem Entwicklungsstand zur zerebralen Dysfunktion und psychiatrischen Auffälligkeiten bei 8-jährigen Grundschulern. *Sprache, Stimme Gehör*, 7, 59–62.
- Esser, G.; Wyschkon, A., Ballaschk, K. & Hänsch, S. (2010). *Potsdam-Illinois-Test für Psycholinguistische Fähigkeiten (P-ITPA)*. Göttingen: Hogrefe.

- Falkai, P. & Wittchen, H. (2015) (Hrsg.). *American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Deutsche Ausgabe*. Göttingen: Hogrefe.
- Farmer, M. (2000). Language and social cognition in children with specific language impairment. *Association of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 627–636.
- Farmer, M. & Oliver, A. (2005). Assessment of pragmatic difficulties and socio-emotional adjustment in practice. *International Journal of Communication Disorders*, 40, 403–429.
- Farrar, M. J.; Johnson, B.; Tompkins, V.; Easters, M.; Ziliski-Medus, A. & Benigno, J. P. (2009). Language and theory of mind in preschool children with specific language impairment. *International Journal of Communication Disorders*, 42, 428–441.
- Felsenfeld, S.; Broen, P. A. & McGue, M. (1994). A 28-year follow-up of adults with a history of moderate phonological disorder: Educational and occupational results. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 37, 1341–1353.
- Felsenfeld, S. & Plomin, R. (1997). Epidemiological and offspring analyses of developmental speech disorders using data from the colorado adoption project. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 778–791.
- Fergusson, D. M. & Lynskey, M. T. (1993). The effects of maternal depression on child conduct disorder and attention deficit behaviours. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 116–123.
- Filipp, S. H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fine, S.E.; Izard, C.; Mostow, A.; Trentacosta, C. J.; Ackerman, B. P. (2003). First grade emotion knowledge as a predictor of fifth grade self-reported internalizing behaviors in children from economically disadvantaged families. *Development and Psychopathology*, 15, 331–342.
- Fisher, S. E.; Vargha-Khadem, F.; Watkins, K. E.; Monaco, A. P. & Pembrey, M. E. (1998). Localisation of a gene implicated in a severe speech and language disorder. *Nature Genet*, 18, 168–170.
- Ford, J. A. & Milosky, L. M. (2003). Inferring emotional reactions in social situations: Differences in children with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 21–30.
- Fox, A. V. (2007). *Kindliche Aussprachestörungen*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Fox, N. A. & Calkins, S. D. (2003). The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and Emotion*, 27, 7–26.
- Franz, M. & Lesche, H. (2003). Alleinerziehend – allein gelassen? Die psychosoziale Beeinträchtigung alleinerziehender Mütter und ihrer Kinder in einer Bevölkerungsstichprobe. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 49, 115–138.
- Freed, J.; Adams, C. & Lockton, E. (2011). Literacy skills in primary school-aged children with pragmatic language impairment: A comparison with children with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46, 334–347.
- Freed, J.; Lockton, E. & Adams, C. (2012). Short-term and working memory skills in primary school-aged children with specific language impairment and children

- with pragmatic language impairment: Phonological, linguistic and visuo-spatial aspects. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47, 457–466.
- Frey, K. S.; Greenberg, M. T.; & Fewell, R. R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *American Journal on Mental Retardation*, 3, 240–249.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Petermann, F. (2013). Verhaltensauffälligkeiten im Kindergartenalter. *Frühe Bildung*, 2, 55–58.
- Fujiki, M.; Brinton, B.; Hart, C. H. & Fitzgerald, H. (1999). Peer acceptance and friendship in children with specific language impairment. *Topics in Language Disorders*, 19, 34–48.
- Fujiki, M.; Brinton, B. & Todd, C. M. (1996). Social skills of children with specific language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 27, 195–202.
- Fujiki, M.; Brinton, B.; Robinson, L. A. & Watson, V. J. (1997). The ability of children with specific language impairment to participate in a group decision task. *Journal of Children's Communication Development*, 18, 1–10.
- Gallagher, T. M. (1999). Interrelationships among children's language, behavior, and emotional problems. *Topics in Language Disorders*, 19, 1–15.
- Gathercole, S. E. & Baddeley, A. D. (1990). Phonological memory deficits in language disordered children: Is there a causal connection? *Journal of Memory and Language*, 29, 336–360.
- Gathercole, S. E. & Baddeley, A. D. (1993). *Working memory and language*. Hove: Psychology Press.
- Gebhard, S. (2013a). Grundlagen der Klinischen Kinderpsychologie: Definitionen, Konzepte und Modelle. In A. Castello (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten in Schule und Kita. Klinische Psychologie für die pädagogische Praxis* (S. 9–16). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gebhard, S. (2013b). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In A. Castello (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten in Schule und Kita. Klinische Psychologie für die pädagogische Praxis* (S. 17–26). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gebhard, W. (2008). *Entwicklungsbedingte Sprachverständnisstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Status und Diagnostik im klinischen Kontext*. München: Ernst Reinhardt.
- German, D. J. (1994). Word finding difficulties in children and adolescents. In C. Wallich & K. Butler (Hrsg.), *Language-learning disabilities in school-age children* (S. 323–347). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Gertner, B. L.; Rice, M. L. & Hadley, P. A. (1994). Influence of communicative competence on peer preferences in a preschool classroom. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 913–923.
- Gibson, J.; Adams, C. A.; Lockton, E. & Green, J. (2013). Social communication disorder outside autism? A diagnostic classification approach to delineating pragmatic language impairment, high functioning autism and specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 1186–1197.

- Gilmour, J.; Hill, B.; Place, M. & Skuse, D. H. (2004). Social communication deficits in conduct disorder: a clinical and community survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 967–978.
- Girolametto, L. E.; Greenberg, J. & Manolson, H. A. (1986). Developing dialogue skills: The hanen early language parent program. *Speech and Language*, 7, 367–382.
- Glück, Ch. W. (2003). Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4: Beratung, Therapie und Rehabilitation* (S. 178–184). Stuttgart: Kohlhammer.
- Glück, Ch. W. (2007). Pragmatische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In H. Schöler, & A. Welling (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache. Band 1. Handbuch Sonderpädagogik* (S. 247–253). Göttingen: Hogrefe.
- Goldfield, B. A. & Reznick, S. (1990). Early lexical acquisition: Rate, content and the vocabulary spurt. *Journal of Child Language*, 17, 171–183.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Gräbel, E.; Bock, V. & Rosanowski, F. (2007). Bedingungen des Erlebens der Mütter von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *HNO*, 55, 575–582.
- Greenberg, M. T.; Kusche, C. A. & Speltz, M. (1991). Emotional regulation, self-control and Psychopathology: The role of relationships in early childhood. In D. Cicchetti & S. Toth (Hrsg.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* (Vol. 2) (S. 21–56). New York: Cambridge University Press.
- Grimm, H. (1994). Entwicklungskritische Dialogmerkmale in Mutter-Kind-Dyaden mit sprachgestörten und sprachunauffälligen Kindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 26, 35–52.
- Grimm, H. (2004). Wie viele Vorschulkinder brauchen tatsächlich eine Sprachförderung? Bedarfsanalyse am Beispiel der Stadt Bielefeld. *mitSPRACHE. Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik*, 163, 38–42.
- Grimm, H. (2012). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H.; Aktas, M. & Frevert, S. (2000). *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H.; Aktas, M. & Frevert, S. (2010). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen (SETK-5)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H.; Aktas, M. & Kießig, U. (2003). *Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Doil, H. (2006). *Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Kaltenbacher, E. (1982). Die Dysphasie als noch wenig verstandene Entwicklungsstörung: Sprach- und kognitionspsychologische Überlegungen und erste empirische Ergebnisse. *Frühförderung interdisziplinär*, 1, 97–112.
- Grimm, H. & Schöler, H. (1991). *Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET)*. Göttingen: Hogrefe.

- Grimm, H. & Wilde, S. (1998). Im Zentrum steht das Wort. In H. Keller (Hrsg.), *Lehrbuch Entwicklungspsychologie* (S. 445–473). Bern: Huber.
- Gudjons, H. (2013). *Frontalunterricht – neu entdeckt. Integration in offene Unterrichtsformen*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Gut, J.; Reimann, G. & Grob, A. (2012). Kognitive, sprachliche, mathematische und sozial-emotionale Kompetenzen als Prädiktoren späterer schulischer Leistungen: Können die Leistungen eines Kindes in den IDS dessen Schulleistungen drei Jahre später vorhersagen? *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 26, 213–220.
- Hachul, C. & Schönauer-Schneider, W. (2012). *Sprachverstehen bei Kindern: Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. München: Elsevier.
- Hacker, D. & Wilgermein, H. (2001). *Aussprachestörungen bei Kindern. Ein Arbeitsbuch für Logopäden und Sprachtherapeuten*. München: Ernst Reinhardt.
- Hampel, P.; Petermann, F. & Desman, Ch. (2009). Exekutive Funktionen bei Jungen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 144–152.
- Harden (1989). *Zur kommunikativen Kompetenz dysgrammatisch sprechender Kinder*. Tübingen: Narr.
- Hartmann, E. (2002). Soziale Schwierigkeiten von sprachentwicklungsgestörten Kindern. Teil 1: Forschungsbefunde und Erklärungsansätze. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete VHN*, 71, 134–151.
- Hartmann, K.; Keller, A. & Meyer-Endres, R. (2008). Therapie von Sprachverständnistörungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 3, 70–113.
- Hasselhorn, M. & Grube, D. (2003). Das Arbeitsgedächtnis: Funktionsweise, Entwicklung und Bedeutung für kognitive Leistungsstörungen. *Sprache – Stimme – Gehör*, 27, 31–37.
- Hasselhorn, M. & Marx, H. (2000). Phonologisches Arbeitsgedächtnis und Leseleistungen. In M. Hasselhorn, W. Schneider & H. Marx (Hrsg.), *Diagnostik von Leserechtschreibschwierigkeiten. Test und Trends. Band 1* (S. 135–148). Göttingen: Hogrefe.
- Hasselhorn, M. & Werner, I. (2000). Zur Bedeutung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses für die Sprachentwicklung. In H. Grimm (Hrsg.), *Sprachentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C. Theorie und Forschung. Serie III Sprache, Bd. 3* (S. 363–378). Göttingen: Hogrefe.
- Häuser, D.; Kasielke, E. & Schneiderreiter, U. (1994). *Kindersprachtest für das Vorschulalter (KISTE)*. Weinheim: Beltz.
- Havers, N. (1978). *Erziehungsschwierigkeiten in der Schule – Klassifikation, Häufigkeit, Ursachen und pädagogisch-therapeutische Maßnahmen*. Weinheim: Beltz.
- Heinze, J. E.; Miller, A. L.; Seifer, R.; Dickstein, S. & Locke, R. L. (2014). Emotion knowledge, loneliness, negative social experiences, and internalizing symptoms among low-income preschoolers. *Social Development*, 24, 240–265.
- Helfferrich, C.; Hendel-Kramer, A. & Klindworth, H. (2003). *Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 14*. Berlin.

- Helmsen, J. & Petermann, F. (2010). Emotionsregulationsstrategien und aggressives Verhalten im Kindergartenalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 775–791.
- Hillenbrand, C. (2008). Begriffe und Theorie im Förderschwerpunkt soziale und emotionale Entwicklung – Versuch einer Standortbestimmung. In B. Gasteiger-Klicpera, H. Julius & Ch. Klicpera (Hrsg.), *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung. Handbuch Sonderpädagogik. Band 3* (S. 5–24). Göttingen: Hogrefe.
- Hintermair, M. (1994). Beratungsprozesse mit Hörgeschädigten – eine kritische Bestandsaufnahme. *Das Zeichen*, 27, 66–75.
- Hintermair, M. (2002). *Kohärenzgefühl und Behindertenverarbeitung. Eine empirische Studie zum Belastungs- und Bewältigungserleben von Eltern hörgeschädigter Kinder*. Heidelberg: Median.
- Hintermair, M. (2003). Das Kohärenzgefühl von Eltern stärken – eine psychologische Arbeit in der pädagogischen Frühförderung. *Frühförderung Interdisziplinär*, 22, 61–70.
- Hintermair, M. (2005). *Familie, kindliche Entwicklung und Hörschädigung. Theoretische und empirische Analysen*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Hintermair, M. (2006). Parental resources, parental stress and socio-emotional development of deaf and hard-of-hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11, 493–513.
- Hintermair, M. & Horsch, U. (1998). *Hörschädigung als kritisches Lebensereignis: Aspekte der Belastung und Bewältigung von Eltern hörgeschädigter Kinder*. Heidelberg: Groos.
- Hintermair, M.; Lehmann-Tremmel, G. & Meiser, S. (2000): *Wie Eltern stark werden. Soziale Unterstützung von Eltern hörgeschädigter Kinder. Eine empirische Bestandsaufnahme*. Hamburg: Verlag hörgeschädigte Kinder.
- Hintermair, M.; Pilz, S. & Sarimski, K. (2015). Pragmatische Sprachkompetenzen und Verhaltensauffälligkeiten bei gehörlosen und schwerhörigen Kindern im Grundschulalter – eine Studie mit der “Children’s Communication Checklist”. *Zeitschrift für Audiologie*, 54, 58–65.
- Hintermair, M.; Schenk, A. & Sarimski, K. (2011). Exekutive Funktionen, kommunikative Kompetenzen und Verhaltensauffälligkeiten bei hörgeschädigten Kindern. Eine explorative Studie mit Schülern einer schulischen Einrichtung für Hörgeschädigte. *Empirische Sonderpädagogik*, 2, 83–104.
- Hirshfeld, D. R.; Rosenbaum, J. F.; Biederman, J.; Bolduc, E. A.; Faraone, S. V.; Snidman, N. et al. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 103–111.
- Hoff-Ginsberg, E. (1998). The relation of birth order and socioeconomic status to children’s language experience and language development. *Applied Psycholinguistics*, 19, 603–629.
- Hoffman, L. V. M. & Gillam, R. B. (2004). Verbal and spatial information processing constraints in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47, 114–125.

- Hölling, H.; Erhart, M.; Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Bundesgesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 784–793.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2008). Ressourcen/Risiken für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Kinderärztliche Praxis*, 4, 217–222.
- Holodynski, M. (2004). *Die Entwicklung von Emotion und Ausdruck*. ZiF: Mitteilungen 03/2004. Online In: <http://www.uni-bielefeld.de/ZIF/Publikationen/Mitteilungen/Aufsatz/2004-3-Holodynski.pdf>. [gesehen am 22.10.2014].
- Holodynski, M.; Hermann, S. & Kromm, H. (2013). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Emotionsregulation. *Psychologische Rundschau*, 64, 196–207.
- Holodynski, M. & Oerter, R. (2012). Emotion. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 497–520). Weinheim: Beltz.
- Horsch, U. (2001). Wie das Kind Hören und Sprechen lernt. Hörenlernen und Spracherwerb begleiten. In BDH (Hrsg.), *Qualitäten des Hörens* (S. 248–279). Bots.
- Horsch, U. (2008a). Frühe Dialoge – frühe Bildung. Zur Notwendigkeit einer Bildungsdiskussion in der Frühpädagogik. In U. Horsch & S. Bischoff (Hrsg.), *Bildung im Dialog* (S. 16–42). Heidelberg: Median.
- Horsch, U. (2008b). Bildung macht Kinder stark – Dialogische Pädagogik als Ressourcenaktivierung und -förderung. In M. Hintermair & C. Tsirigotis (Hrsg.) *Wege zu Empowerment und Ressourcenorientierung in der Zusammenarbeit mit hörgeschädigten Menschen* (S. 128–142). Heidelberg: Median-Verlag.
- Horsch, U.; Roth, J.; Bischoff, C.; Bischoff, S. & Scheele, A. (2007). Gibt es eine Grammatik des Dialogs? Dialogkompetenzen in der Säuglingsforschung. *Hörgeschädigtenpädagogik*, 61, 94–100.
- Horwitz, S.; Irwin, J. R.; Briggs-Gowan, M. J.; Bosson Heenan, J. M.; Mendoza, J. & Carter, A. S. (2003). Language delay in a community cohort of young children. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 932–940.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159–169.
- Ijzendoorn, M. H. v.; Goldberg, S.; Kroonenberg, P. M. & Frenkel, O. J. (1992). The Relative Effects of Maternal and Child Problems on the Quality of Attachment: A Meta-Analysis of Attachment in Clinical Samples. *Child Development*, 63, 840–858.
- Iven, C. & Hansen, B. (2012). Beratung. In O. Braun & U. Lüdtke (Hrsg.), *Sprache und Kommunikation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik* (S. 550–555). Stuttgart: Kohlhammer.
- Izard, C.; Fine, S.; Schultz, D.; Mostow, A.; Ackerman, B. & Youngstrom, E. (2001). Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. *Psychological Science*, 12, 18–23.
- Jahn, T. (2007). *Phonologische Störungen bei Kindern*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Janczyk, M.; Schöler, H. & Grabowski, J. (2004). Arbeitsgedächtnis und Aufmerksamkeit bei Vorschulkindern mit gestörter und unauffälliger Sprachentwicklung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 36, 200–206.

- Javo, C.; Rønning, J. A.; Heyerdahl, S. & Rudmin, F. W. (2004). Parenting correlates of child behavior problems in a multiethnic community sample of preschool children in northern Norway. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 8–18.
- Jerome, A. C.; Fujiki, M.; Brinton, B. & James, Sh. L. (2002). Self-esteem in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 700–714.
- Johnson, C. J.; Beitchman, J. H.; Young, A.; Escobar, M.; Atkinson, L.; Wilson, B. et al. (1999). Fourteen-year follow-up of children with and without speech/language impairments: Speech/Language stability and outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 744–760.
- Johnston, J. R. (1982). The language disordered child. In N. Lass (Hrsg.), *Speech, Language and Hearing 2: Pathologies of speech and language* (S. 780–801). Philadelphia.
- Johnston, J. R. (1992). Cognitive abilities of language-impaired children. In P. Fletcher (Hrsg.), *Specific speech and language disorders in children. Correlates, characteristics and outcomes* (S. 105–115). San Diego: Singular Press.
- Jungmann, T. (2012). *Praxis der Sprach- und Kommunikationsförderung*. Dortmund: Borgmann.
- Kaltenbacher, E. & Kany, W. (1996). Kognitive Verarbeitungsstrategien und Syntaxerwerb bei dysphasisch und sprachunauffälligen Kindern. In I. Füssenich & B. Gläß (Hrsg.), *Dysgrammatismus. Theoretische und praktische Probleme bei der interdisziplinären Beschreibung gestörter Kindersprache* (S. 180–219). Heidelberg: Edition Schindele.
- Kannengieser, S. (2009). *Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. München: Elsevier.
- Kannengieser, S. (2014). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen. In M. Grohfeldt (Hrsg.), *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (S.188–203). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kanning, U. W. (2002). Soziale Kompetenz – Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210, 154–163.
- Kany, W. & Schöler, H. (2012). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 633–644). Weinheim: Beltz.
- Kany, W. & Schöler, H. (2014). Ursachen einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung. In A. Fox-Boyer (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen. Kindergartenphase* (S. 101–116). München: Elsevier.
- Kauschke, C. (2000). *Der Erwerb des frühkindlichen Lexikons. Eine empirische Studie zur Entwicklung des Wortschatzes im Deutschen*. Tübingen: Narr.
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2009). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (PDSS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Keese, A. (2003). *Interaktionen mit Sprachbehinderten*. Heidelberg: Universitätsverlag.
- Kegel, G. (1997). Sprach- und Zeitverarbeitung bei sprachauffälligen Kindern. In M. Grohfeldt (Hrsg.), *Störungen der Grammatik. Handbuch der Sprachtherapie. Band 4* (S. 225–243). Berlin: Ed. Marhold im Wissenschaftsverlag Spiess.

- Keller, H. (2000). Sozial-emotionale Grundlagen des Spracherwerbs. In H. Grimm (Hrsg.), *Sprachentwicklung* (S. 379–402). Göttingen: Hogrefe.
- Ketelaars, M. P.; Cuperus, J.; Jansonius, K. & Verhoeven, L. (2010). Pragmatic language impairment and associated behavioural problems. *International Journal of Communication Disorders*, 45, 202–214.
- Kiese-Himmel, Ch. (1997). Sprachentwicklungsgestörte Kinder im Vorschulalter: Knapp 4 Jahre später. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 25, 73–81.
- Kiese-Himmel, Ch. (2005). Rezeptive und produktive Sprachentwicklungsleistungen frühgeborener Kinder im Alter von zwei Jahren. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 37, 27–35.
- Kingston, L. & Prior, M. (1995). The development of patterns of stable, transient, and school-age onset aggressive behavior in young children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 348–358.
- Klippert, H. (2012). *Kommunikationstraining. Übungsbausteine für den Unterricht*. Weinheim: Beltz.
- Knox, E. & Conti-Ramsden, G. (2003). Bullying risks of 11-year-old children with specific language impairment (SLI): Does school placement matter? *International Journal of Language and Communication Disorders*, 38, 1–12.
- Köckeritz, M.; Klinkhammer, J. & Salisch, M. v. (2010). Die Entwicklung des Emotionswissens und der behavioralen Selbstregulation bei Vorschulkindern mit und ohne Migrationshintergrund. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 529–544.
- Kolonko, B. & Krämer I. K. (1993). *Beobachtungshilfen zur Beschreibung von Kommunikation in Kindergarten und Schule*. Hinterdenkental: Kinders Verlag.
- Kolonko, B. & Seglias, T. (2014). Jugendliche mit Spracherwerbsstörungen – empirische Befunde und individuelle Profile. In S. Ringmann & J. Siegmüller (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Jugend- und Erwachsenenalter* (79–94). München: Elsevier.
- Krause, M. P. & Petermann, F. (1997). *Soziale Orientierung von Eltern behinderter Kinder (SOEBEK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kray, J. & Schaefer, S. (2012). Mittlere und späte Kindheit (6–11 Jahre). In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 211–233). Weinheim: Beltz.
- Kubesch, S.; Emrich, A. & Beck, F. (2011). Exekutive Funktionen im Sportunterricht fördern. *Sportunterricht*, 60, 312–316.
- Kubesch S. & Spitzer, M. (2010). *Exekutive Funktionen – Basis für erfolgreiches Lernen. Broschüre zum Spiel- und Lernprogramm Fex von Wehrfriz und ZNL TransferZentrum für Neurowissenschaften und Lernen*. Ulm.
- Kugele, S.; Pfeifer, S. & Sarimski, K. (2010). Belastungserleben von Eltern sprachbehinderter Kinder im Kindergartenalter. *Frühförderung Interdisziplinär*, 2, 82–86.
- Kuncel, N.; Hezlett, S. A. & Ones, D. (2004). Academic performance, career potential, creativity, and job performance: Can one construct predict them all? *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 148–161.
- Lai, C. S.; Fischer, S. E.; Hurst, J. A.; Levy, E. R.; Hodgson, S.; Fox, M. et al. (2000). The SPCH1 region on human 7q31: genomic characterization of the critical inter-

- val and localization of translocations associated with speech and language disorder. *American Journal of Human Genetics*, 67, 357–368.
- Lampert, T.; Müters, S.; Stolzenberg, H. & Kroll, L. E. (2014). Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt*, 57, 762–770.
- LaParo, K. M.; Justice, L.; Skibbe, L. E. & Pianta, R. C. (2004). Relations among maternal, child, and demographic factors and the persistence of preschool language impairment. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 291–303.
- Laucht, M.; Schmidt, M. H. & Esser, G. (2002). Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: Späte Folgen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 5–19.
- Laux, L. & Weber, H. (1990). Bewältigung von Emotionen. In K. K. Scherer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Psychologie der Emotionen* (S. 560–620). Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S. (1995). Streß und Streßbewältigung – Ein Paradigma. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198–232). Weinheim: Beltz.
- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Leonhard, L. (1987). Is specific language impairment a useful construct? In S. Rosenberg (Hrsg.), *Advances in applied psycholinguistics, Volume I: Disorders of first-language development* (S. 1–39). New York: Cambridge University Press.
- Letts, C.; Edwards, S.; Sinka, I.; Schaefer, B. & Gibbons, W. (2013). Socio-economic status and language acquisition: children's performance on the new raynell developmental language scales. *International Journal of Language Communication Disorders*, 48, 131–143.
- Lewis, B. A. & Thompson, L. A. (1992). A study of developmental speech and language disorders in twins. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 1086–1094.
- Leyfer, O. T.; Tager-Flusberg, H.; Dowd, M.; Tomblin, J. B. & Folstein, S. E. (2008). Overlap between autism and specific language impairment: comparison of autism diagnostic interview and autism diagnostic observation schedule scores. *Autism Research*, 1, 284–296.
- Limm, H. & Suchodoletz, W. v. (1998). Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder. *Praxis Kinderpsychiatrie*, 47, 541–551.
- Lindsay G. & Dockrell J. E. (2000). The behaviour and self-esteem of children with specific speech and language difficulties. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 583–601.
- Lindsay, G.; Dockrell, J. E. & Mackie, C. (2008). Vulnerability to bullying in children with a history of specific speech and language difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, 23, 1–16.
- Lindsay, G.; Dockrell, J. E. & Strand, S. (2007). Longitudinal patterns of behaviour problems in children with specific speech and language difficulties: Child and contextual factors. *British Journal of Educational Psychology*, 77, 811–828.

- Lockl, K.; Schwarz, S. & Schneider, W. (2004). Sprache und Theory of Mind: Eine Längsschnittstudie bei Drei- bis Vierjährigen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 36, 207–220.
- Long, C. E.; Gurka, M. J. & Blackman, J. A. (2008). Family stress and children's language and behavior problems. Results from the national survey of children's health. *Topics in Early Childhood Special Education*, 34, 148–157.
- Longoria, A. Q.; Page, M. C.; Hubbs-Tait, L. & Kennison, S. M. (2009). Relationship between kindergarten children's language ability and social competence. *Early Child Development and Care*, 179, 919–929.
- Lüdtke, U. M. & Stitzinger, U. (2015). *Pädagogik bei Beeinträchtigungen der Sprache*. München: Ernst Reinhardt.
- Mackie, L. & Law, J. (2010). Pragmatic language and the child with emotional/behavioural difficulties (EBD): A pilot study exploring the interaction between behaviour and communication disability. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45, 397–410.
- MacLachland, B. G. & Chapman, R. S. (1988). Communication breakdowns in normal and language learning-disabled children's conversation and narration. *Journal of Speech and Hearing Disorder*, 53, 2–7.
- Malecki, A. (2014). Sonderpädagogischer Förderbedarf – eine differenzierte Analyse. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Wirtschaft und Statistik* (S. 501–601). Wiesbaden.
- Markman, E. M. (1990). Constraints children place on word meanings. *Cognitive Science*, 14, 57–77.
- Marton, K. (2008). Visuo-spatial processing and executive functions in children with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43, 181–200.
- Mayer, H.; Heim, P. & Scheithauer, H. (2012). *Papilio. Ein Programm für Kindergärten zur Primärprävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz. Ein Beitrag zur Sucht- und Gewaltprävention. Theorie und Grundlagen*. Augsburg: Papilio.
- McArthur, G. M.; Ellis, D.; Atkinson, C. M. & Coltheart, M. (2008). Auditory processing deficits in children with reading and language impairments: Can they (and should they) be treated? *Cognition*, 107, 946–977.
- McCabe, P. C. (2005). Social and behavioral correlates of preschoolers with specific language impairment. *Psychology in the Schools*, 42, 373–387.
- McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. (1983). The family stress process. *Marriage & Family Review*, 6, 7–37.
- Meibauer, J. (2013). Pragmatik: Grundlagen, Entwicklung, Störungen. In Ch. W. Glück (Hrsg.), *Fokus Pragmatik. Erwerb – Beeinträchtigung – Intervention* (S. 20–44). Köln: ProLog.
- Melzer, J.; Rißling, J.-K. & Petermann, F. (2015). Sprachentwicklungsstörungen im Vor- und Grundschulalter. *Nervenheilkunde*, 34, 1–6.
- Meyer, A. (2010). *Gezielte Förderung bei Lese- und Rechtschreibstörungen*. München.
- Meyer, H. (2009). *Unterrichts-Methoden. I: Theorieband*. Berlin: Cornelsen.

- Miller, B. C. & Sollie, D. L. (1980). Normal stresses during the transition to parenthood. *Family Relations*, 29, 459–465.
- Möller, D.; Furche, G.; Slabon-Lieberz, S.; Gaumert, G., Breitfuss, A. & Licht, A. K. (2008). Blickdiagnostik Sprachverständnisstörungen – Die diagnostische Güte von Experten- und Elternurteilen. *Sprache, Stimme, Gehör*, 32, 129–135.
- Möller, D. & Ritterfeld, U. (2010). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen und pragmatische Kompetenzen. *Sprache, Stimme, Gehör*, 34, 84–91.
- Möller, D. & Spreen-Rauscher, M. (2009). *Schritte in den Dialog. Frühe Sprachintervention mit Eltern*. Thieme: Stuttgart.
- Moos, R. H. (1988). Coping: Konzepte und Messverfahren. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 34, 207–225.
- Morris, Ch. (1938). *Foundations of the theory of signs*. Chicago.
- Motsch, H.-J. (1986). Zusammenarbeit mit Eltern sprachentwicklungsgestörter Kinder. In A. Bächtold, B. Jeltsch-Schudel & I. Schlienger (Hrsg.), *Sonderpädagogik. Handlung – Forschung – Wissenschaft. Festschrift zum 60. Geburtstag von Professor Dr. Gerhard Heese* (S. 204–226). Berlin: Marhold.
- Motsch, H.-J. (2004). *Kontextoptimierung. Förderung grammatischer Fähigkeiten in Therapie und Unterricht*. München: Ernst Reinhardt.
- Multhauf, B. & Bockmann, A.-K. (2015). Zusammenhang zwischen Sprachentwicklung und emotionaler Entwicklung. In S. Sachse (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Kleinkindphase* (S. 63–77). München: Elsevier.
- Murphy, B. C.; Shepard, S. A.; Eisenberg, N. & Fabes, R. A. (2004). Concurrent and across time prediction of young adolescents' social functioning: The role of emotionality and regulation. *Social Development*, 13, 56–86.
- Myers, D. G. & Hoppe-Graff, S. (2008). *Psychologie*. Heidelberg: Springer.
- Myschker, N. (2009). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Ursachen, hilfreiche Maßnahmen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nestmann, F. (1997). Familie als soziales Netzwerk und Familie im sozialen Netzwerk. In L. Böhnisch & K. Lenz (Hrsg.), *Familien. Eine interdisziplinäre Einführung* (S. 213–234). Weinheim: Juventa.
- Neumann, K.; Keilmann, A.; Rosenfeld, J.; Schönweiler, R.; Zaretsky, Y. & Kiese-Himmel, Ch. (2009). Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 222–231.
- Niebuhr-Siebert, S. & Chilla, S. (2012). Spracherwerb. In S. Niebuhr-Siebert & U. Wiecha (Hrsg.), *Kindliche Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Gezielte Elternberatung*. München: Elsevier.
- Niebuhr-Siebert, S. & Wendlandt, W. (2011). Zeitlicher Verlauf des Spracherwerbs: 1.–6. Lebensjahr. In W. Wendlandt (Hrsg.), *Sprachstörungen im Kindesalter* (S. 48–59). Stuttgart: Georg Thieme.
- Niebuhr-Siebert, S. & Wenger, K. (2012). Eltern beraten. In S. Niebuhr-Siebert & U. Wiecha (Hrsg.), *Kindliche Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Gezielte Elternberatung* (S. 5–12). München: Elsevier.

- Norbury, C. F. & Bishop, D. V. M. (2003). Narrative skills of children with communication impairments. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 38, 287–313.
- Norbury, C. F.; Nash, M.; Baird, G. & Bishop, D. V. M. (2004). Using a parental checklist to identify diagnostic groups in children with communication impairment: A validation of the children's communication checklist – 2. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39, 345–364.
- Noterdaeme, M. (2008). Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 3, 38–49.
- Noterdaeme, M. & Amorosa, H. (1998). Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Child-behavior-Checklist als Screening-Instrument. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 146, 931–937.
- Noterdaeme, M.; Amorosa, H.; Mildenerger, K., Sitter, S. & Minow, F. (2001). Evaluation of attention problems in children with autism and children with a specific language disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 58–66.
- Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Mildenerger, K. & Amorosa, H. (2000). Differenzierung der Aufmerksamkeitsleistung bei sprachentwicklungsgestörten Kindern anhand der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP). In W. Maier, R. R. Engel, H.-J. Möller & M. Linz. (Hrsg.), *Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 204–207). Göttingen: Hogrefe.
- Osman, D. M.; Shohdi, S. & Aziz, A. A. (2011). Pragmatic difficulties in children with specific language impairment. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 75, 171–176.
- Papousek, H. & Papousek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In H. D. Osofsky (Hrsg.), *Handbook of infant development* (S. 660–720). New York: Wiley.
- Paul, R. & Cohen, D. J. (1984). Outcomes of severe disorders of language acquisition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14, 405–421.
- Perkins, M. (2007). *Pragmatic Impairment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Petermann, F. (2002). Klinische Kinderpsychologie: Das Konzept der sozialen Kompetenz. *Zeitschrift für Psychologie*, 210, 175–185.
- Petermann, F. (2012). *SET 5–10. Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F.; Jungert, G.; Tänzer, U. & Verbeek, D. (2012). *Sozialtraining in der Schule*. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F.; Natzke, H.; Gerken, N. & Walter, H.-J. (2013). *Verhaltenstraining für Schulanfänger*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F.; Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin: Springer.
- Petermann, U.; Petermann, F. & Damm, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 243–253.

- Petermann, F. & Resch, F. (2013). Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 57–76). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2008). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Phares (1996). *Fathers and developmental psychopathology*. New York: Wiley.
- Pickles, A.; St Clair, M. C. & Conti-Ramsden, G. (2013). Communication and social deficits in relatives of individuals with SLI and relatives of individuals with ASD. *Journal of Autism Development Disorder*, 43, 156–167.
- Pine, J. M. (1995). Variation in vocabulary development language disorders. *Perceptual and Motor Skills*, 63, 655–658.
- Pinquart, M.; Schwarzer, G. & Zimmermann, P. (2011). *Entwicklungspsychologie – Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Pixa-Kettner, U. (2001). Elternarbeit, Elternberatung, Elternbildung – Konzepte der Zusammenarbeit mit Eltern (sprach-)behinderter Kinder im Wandel. *Die Sprachheilarbeit*, 46, 125–132.
- Ptok, M. (2005). Pragmatische Kommunikationsstörungen bei Kindern. *HNO*, 53, 978–982.
- Rapin, I. & Allen, D. A. (1983). Developmental language disorders: nosological considerations. In U. Kirk (Hrsg.), *Neuropsychology of language, reading and spelling* (S. 155–184). New York: Academic Press.
- Ravens-Sieberer, U.; Morfeld, M.; Stein, R. E. K.; Jessop, D. J.; Bullinger, M. & Thyen, U. (2001). Der Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen). Testung und Validierung der deutschen Version der „Impact on Family Scale“ bei Familien mit behinderten Kindern. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 384–393.
- Ravens-Sieberer, U.; Wille, N. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Bundesgesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871–878.
- Reber, K. & Schönauer-Schneider, W. (2014). *Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts*. München: Ernst Reinhardt.
- Redmond, S. M. & Rice, M. L. (1998). The socioemotional behaviors of children with SLI: Social adaptation or social deviance? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 688–700.
- Reilly, Sh.; Wake, M.; Ukoumunne, O. C.; Bavin, E.; Prior, M.; Cini, E. et al. (2010). Predicting language outcomes at 4 years of age: Findings from early language in victoria study. *Pediatrics*, 126, 1530–1537.
- Remschmidt, M. (1991). Teilleistungsschwächen im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 27, 2397–2400.
- Renneberg, B.; Heidenreich, Th. & Noyon, A. (2009). *Einführung Klinische Psychologie*. Stuttgart: Ernst Reinhardt.
- Rescorla, L. & Goossens, M. (1992). Symbolic play development in toddlers with expressive specific language impairment (SLI-E). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 35, 1290–1302.

- Rice, M. L. (1993). Social consequences of specific language impairment. In H. Grimm & H. Skowronek (Hrsg.), *Language acquisition problems and reading disorders: Aspects of diagnosis and intervention* (S. 111–128). Berlin: de Gruyter.
- Rice, M. L.; Cleave, P. L. & Oetting, J. B. (2000). The use of syntactic cues in lexical acquisition by children with SLI. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43, 582–594.
- Rice, M. L.; Sell, M. A. & Hadley, P. A. (1991). Social interactions of speech- and language-impaired children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 1299–1307.
- Ritterfeld, U. (1999). Pragmatische Elternpartizipation in der Behandlung dysphasischer Kinder. *Sprache, Stimme, Gehör*, 23, 192–197.
- Ritterfeld, U. (2000). Zur Prävention bei Verdacht auf eine Spracherwerbsstörung: Argumente für eine gezielte Interaktionsschulung der Eltern. *Frühförderung Interdisziplinär*, 19, 80–87.
- Ritterfeld, U. (2001). Wider den [sic] Ideologien. Ein Kommentar zu dem Beitrag von Ursula Pixa-Kettner. *Die Sprachheilarbeit*, 43, 132–134.
- Roben, C. K. P.; Cole, P. M. & Armstrong, L. M. (2013). Longitudinal relations among language skills, anger expression, and regulatory strategies in early childhood. *Child Development*, 84, 891–905.
- Roberts, R. E.; Attkisson, C. C. & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 715–725.
- Rocha, L. C. & Befi-Lopes, D. M. (2006). Analyses of answers presented by children with and without specific language impairment. *Pro Fono*, 18, 229–238.
- Rodrian, B. (2009). *Elterntraining Sprachförderung. Handreichung für Lehrer, Erzieher und Sprachtherapeuten*. München: Ernst Reinhardt.
- Röhrle, B. & Stark, W. (1985). Soziale Unterstützungssysteme und Netzwerke im Kontext klinisch-psychologischer Praxis. In B. Röhrle & W. Stark (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und Stützsysteme* (S. 29–41). Tübingen: DGVT.
- Rollins, P. R.; Conti-Ramsden, G. & Snow, C. E. (1994). Communicative skills in children with specific language impairments: a comparison with their language-matched siblings. *International Journal of Communication Disorders*, 27, 189–206.
- Romonath, R. (1994). Vokalische Fehlrealisation bei sprachgestörten Kindern: Empirische Ergebnisse und diagnostisch-therapeutische Konsequenzen. *Sprachheilarbeit*, 39, 127–39.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In N. Eisenberg (Hrsg.), *Handbook of child psychology. Vol. 3: Social, emotional, and personality development* (S. 105–176). New York: Wiley.
- Röthlisberger, M.; Neuenschwander, R.; Michel, E. & Roebbers, C. M. (2010). Exekutive Funktionen: Zugrundeliegende [sic] kognitive Prozesse und deren Korrelate bei Kindern im späten Vorschulalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 42, 99–110.
- Rothweiler, M. (2001). *Wortschatz und Störungen des lexikalischen Erwerbs bei spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern*. Heidelberg: Winter.

- Rudolph, M.; Kummer, P.; Eysholdt, U. & Rosanowski, F. (2004). Kinder mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten. Angst, Depressivität und Lebensqualität der Mütter. *HNO*, 52, 561–568.
- Ryder, N.; Leinonen, E. & Schulz, J. (2008). Cognitive approach to assessing pragmatic language comprehension in children with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorder*, 43, 427–447.
- Sachse, S. & Suchodoletz, W. v. (2009). Prognose und Möglichkeiten der Vorhersage der Sprachentwicklung bei Late Talkers. *Kinderärztliche Praxis*, 80, 318–328.
- Sallat, S. & Spreer, M. (2014). Möglichkeiten der diagnostischen Erfassung pragmatischer Fähigkeiten. In Ch. Glück (Hrsg.), *Fokus Pragmatik. Erwerb – Beeinträchtigung – Intervention* (S. 143–157). Köln: ProLog.
- Sarimski, K. (2009). *Frühförderung behinderter Kleinkinder. Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2012). *Prinzipien und Praxis familienorientierter Frühförderung. Vortrag Akademie München*. Online in: <http://akademie-muenchen.de/html/kongresse/2012/herbst/rueckschau/Prof-Sarimski-Vortrag-HSK12-Fruehfoerderung.pdf>. [gesehen am 14.05.2015].
- Sarimski, K.; Hintermair, M. & Lang, M. (2013). Familienorientierte Frühförderung von Kindern mit Behinderung. München: Ernst Reinhardt.
- Sarimski, K.; Röttgers, M. & Hintermair, M. (2015). Pragmatische Kompetenzen und sozial-emotionale Probleme spracherwerbsgestörter Kinder. Eine Studie mit Kindern im Primarbereich. *Logos*, 2, 84–91.
- Sarimski, K. & Steinhausen, H.-C. (2007). Beurteilungsschema für vorsprachliche Kommunikationsformen (PVCS). In K. Sarimski & H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *KIDS 2 – Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung* (S. 81–88). Göttingen: Hogrefe.
- Schakib-Ekbatan, K. & Schöler, H. (1995). Zur Persistenz von Sprachentwicklungsstörungen. Ein zehnjähriger Längsschnitt neun spezifisch sprachentwicklungsgestörter Kinder. *Heilpädagogische Forschung*, 16, 77–84.
- Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U. et al. (2004). Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder. *Praxis Kinderpsychiatrie*, 53, 359–405.
- Scheffner-Hammer, C.; Tomblin, B.; Zhang, X. & Weiss, A. L. (2001). Relationship between parenting behaviours and specific language impairment in children. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36, 185–205.
- Schelten-Cornish, S. (2005). Frühe Interaktive Sprachtherapie mit Elterntaining (FiSchE). *Frühe Kindheit*, 8, 36.
- Schelten-Cornish, S. (2006). *CSBS-DP Säuglinge/Kleinkind Checklists. Deutsche Version der Communication and Symbolic Behavior Scales – Developmental Profile (DSBS-DP)*. Online in: <http://firstwords.fsu.edu/pdf/CSBSDPI-TChecklstGerm.pdf>. [gesehen am: 04.11.2015].
- Schelten-Cornish, S.; Hofbauer, C. & Wirts, C. (2012). *Beobachtungsbogen für Pragmatische Fähigkeiten*. Online in: <http://www.sprachtherapie-sc.de/Pragmatik%20BFP.pdf>. [gesehen am: 29.08.2015].

- Schelten-Cornish, S. & Wirts, C. (2008). Beobachtungsbogen für vorsprachliche Fähigkeiten und Eltern-Kind-Interaktion (BFI). *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 16, 262–270.
- Schlack, R.; Hölling, H.; Kurth, B.-M. & Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 827–835.
- Schlamp, F.; Schröter, N.; Weber, V. & Ziegler, A. (2003). Persistenz von spezifischer Sprachentwicklungsstörung im Jugendalter? Ergebnisse einer Untersuchung. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Spezifische Sprachentwicklungsstörungen. Festschrift zum 60. Geburtstag von Dr. F. M. Dannenbauer* (S. 141–161). Würzburg: Edition von Freisleben.
- Schlamp-Diekmann, F. (2014): Kommunikativ-pragmatische Störungen bei Jugendlichen – Störungsbild und Möglichkeiten der Intervention. In S. Ringmann & J. Siegmüller (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Jugend- und Erwachsenenalter* (S. 173–188). München: Elsevier.
- Schlesiger, C. (2009). *Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers. Eine randomisierte und kontrollierte Studie zur Effektivität eines direkten und kindzentrierten Konzepts*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Schneider, W. & Hasselhorn, M. (2012). Frühe Kindheit (3–6 Jahre). In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 198–209). Weinheim: Beltz.
- Schneider, W. & Lindenberger, U. (2012). Glossar. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 763–784.). Weinheim: Beltz.
- Schöler, H. (1999). *IDIS - Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten*. Heidelberg: Edition S im Universitätsverlag C. Winter.
- Schreyer, I.; Petermann, F. & Petermann, U. (2011). Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Vorschulalter. Wie stark ist die Lebensqualität von Kindern und deren Müttern beeinträchtigt? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 19, 147–156.
- Schuchardt, E. (1987). *Biographische Erfahrung und wissenschaftliche Theorie. Soziale Integration Behinderter. Band 1 mit Bibliographie der Biographien 1900–1986 alphabetisch – annotiert*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Schulze, H. & Johannsen, H. (1993). *Praxis der Beratung und Therapie bei kindlichem Stottern*. Ulm: Verlag Phoniatrie und Ambulanz der Universität Ulm.
- Schwenck, Ch. (2012). Externalisierende und internalisierende Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 619–632). Weinheim: Beltz.
- Scorgie, K.; Wilgosh, L., & McDonald, L. (1998). Stress and coping in families of children with disabilities: An examination of recent literature. *Developmental Disabilities Bulletin*, 26, 22–42.
- Seiffert, H. (2014). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen im Unterricht bei Jugendlichen mit Sprachentwicklungsstörungen. *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Jugend- und Erwachsenenalter* (153–172). München: Elsevier.

- Shaywitz, B. A.; Shaywitz, S. E.; Pugh, K. R.; Constable, R. T., Skudlarski, P.; Fulbright, R. K. et al. (1995). Sex differences in the functional organization of the brain for language. *Nature*, 373, 607–609.
- Shields, J.; Varley, R.; Broks, P. & Simpson, A. (1996). Social cognition in developmental language disorders and high-level autism. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 487–495.
- Silva, P. S.; Williams, S. & McGee, R. (1987). A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: Later intelligence, reading and behavior problems. *Developmental Medicine Child Neurology*, 29, 630–640.
- SLI-Consortium (2002). A genomewide scan identifies two novel loci involved in specific language impairment. *The American Society of Human Genetics*, 70, 384–398.
- Snowling, M. J.; Adams, J. W.; Bishop, D. V. M. & Stothard, S. E. (2001). Educational attainments of school leavers with a preschool history of speech-language impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36, 173–183.
- Snowling, M. J.; Bishop, D. V. M.; Stothard, S. E.; Chipchase, B. & Kaplan, C. (2006). Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 759–765.
- Sohr-Preston, S. L. & Scaramella, L. V. (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 65–83.
- Speck, O. (1983). Einführung in das Thema. In O. Speck & A. Warnke (Hrsg.), *Frühförderung mit den Eltern* (S. 13–24). München: Ernst Reinhardt.
- Spohn, S.; Spohn, B. & Schöler, H. (1998). *Spezifische Sprachentwicklungsstörung: Prozess- oder Strukturdefizit der phonologischen Schleife? Bericht Nr. 6. Heidelberg*. Online in: http://www01.ph-heidelberg.de/wp/Schoeler/seiten/Bericht_6.htm. [gesehen am: 15.08.2014].
- Spreen-Rauscher, M. (2003). Die „Children’s Communication Checklist“ (Bishop 1998) – ein orientierendes Verfahren zur Erfassung kommunikativer Fähigkeiten von Kindern. Teil II: Durchführungshinweise und Formulare. *Die Sprachheilarbeit*, 48, 91–97.
- Spreen-Rauscher, M. (2007). Pragmatik. In: H. Schöler & A. Welling (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache. Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 1* (S. 588–601). Göttingen: Hogrefe.
- Spreer, M. (2010). Prosodieverarbeitung bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. In G. Frontzek (Hrsg.), *Zur Sprache bringen – Disziplinen im Dialog*. 29. Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (S. 257–262). Hamm: Gebr. Wilke.
- St Clair, M. C.; Pickles, A.; Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2011). A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Communication Disorders*, 44, 189–199.
- Staikova, E.; Gomes, H.; Tartter, V.; McCabe, A. & Halperin, J. M. (2013). Pragmatic deficits and social impairment in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 1275–1283.

- Stanton-Chapman, T.; Chapman, D. A.; Bainbridge, N. L. & Scott, K. G. (2002). Identification of early risk factors for language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 390–405.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2014). Zensus 2011. *Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand und Religionszugehörigkeit Endgültige Ergebnisse*. Bad Ems. Online in: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/RPMonografie_derivate_00000013/Zensus_2011_endgueltige_Ergebnisse.pdf;jsessionid=2180AC1F91586F9948DB958B458680E9. [gesehen am: 10.09.2015].
- Statistisches Bundesamt (2010). *Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009*. Wiesbaden. Online in: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2010/Alleinerziehende/pressebroschuere_Alleinerziehende2009.pdf?__blob=publicationFile. [gesehen am: 01.09.2015].
- Statistisches Bundesamt (2013). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus*. Wiesbaden. Online in: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/HaushalteFamilien2010300127004.pdf?__blob=publicationFile. [gesehen am: 15.09.2015].
- Statistisches Bundesamt (2014a). *Bevölkerung nach Migrationshintergrund*. Wiesbaden. Online in: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundAlter.html>. [gesehen am: 15.09.2015].
- Statistisches Bundesamt (2014b). *Bildungsstand der Bevölkerung*. Wiesbaden. Online in: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung5210002147004.pdf%3F__blob%3DpublicationFile. [gesehen am: 15.09.2015].
- Statistisches Bundesamt (2015). *Jedes vierte minderjährige Kind ist ein Einzelkind. Pressemitteilung vom 18. September 2015 – 343/15*. Wiesbaden. Online in: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_343_122pdf.pdf?__blob=publicationFile. [gesehen am: 20.11.2015].
- Stein, R. (2008). *Grundwissen Verhaltensstörungen*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Stone, A. & Michals, D. (1986). Problem-solving skills in learning-disabled children. In S. J. Ceci (Hrsg.), *Handbook of cognitive, social, and neuropsychological aspects of learning disabilities* (S. 291–315). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Stothard, S. E.; Snowling, M. J.; Bishop D. V. M.; Chipchase, B. B. & Kaplan, C. A. (1998). Language-impaired preschoolers: A follow-up into adolescence. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 407–418.
- Stromswold, K. (1998). Genetics of Spoken Language Disorders. *Human Biology*, 70, 297–324.
- Suchodoletz, W. v. (2003). Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 151, 31–37.
- Suchodoletz, W. v. (2008). Was wird aus Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 3, 50–69.
- Suchodoletz, W. v. (2009). Zur Bedeutung auditiver Wahrnehmungsstörungen für kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 163–172.

- Suchodoletz, W. v.; Alberti, A. & Berwanger, D. (2004). Sind umschriebene Sprachentwicklungsstörungen Folge von Defiziten in der auditiven Wahrnehmung? *Klinische Pädiatrie*, 216, 49–56.
- Suchodoletz, W. v. & Keiner, T. (1998). Psychiatrische Aspekte bei sprachgestörten Kindern. *Pädiatrische Praxis*, 54, 395–402.
- Suchodoletz, W. v. & Machery, G. (2006). Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 711–723.
- Suchodoletz, W. v.; Sachse, S.; Kademmann, S. & Tippelt, S. (2012). *Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Der SBE-2-KT und SBE-3-KT für zwei- bzw. dreijährige Kinder*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Szagan, G. (2001). *Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören*. Weinheim: Beltz.
- Szagan, G. (2010). *Sprachentwicklung beim Kind*. Weinheim: Beltz.
- Szagan, G.; Steinbrink, C.; Franik, M. & Stumper, B. (2006). Development of vocabulary and grammar in young German-speaking children assessed with a German language development inventory. *First Language*, 26, 259–280.
- Szagan, G.; Stumper, B. & Schramm, S. A. (2009). *Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung (FRAKIS)*. Frankfurt am Main: Pearson.
- Tallal, P. & Piercy, M. (1973). Developmental aphasia: Impaired rate of non-verbal processing as a function of sensory modality. *Neuropsychologia*, 11, 389–398.
- Tallal, P. & Piercy, M. (1974). Developmental aphasia: Rate of auditory processing and selective impairment of consonant reception. *Neuropsychologia*, 12, 83–93.
- Tallal, P.; Stark, R.; Kallman, C. & Mellits, D. (1981). A Reexamination of some non-verbal perceptual abilities of language-impaired and normal children as a function of age and sensory modality. *Journal of Speech and Hearing Research*, 24, 352–357.
- Tamis-LeMonda, C. S.; Bornstein, M. H. & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development*, 72, 748–767.
- Terell, B. Y.; Schwartz, R. G.; Prelock, P. A. & Messick, Ch. K. (1984). Symbolic play in normal and language-impaired children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 27, 424–429.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation. A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25–52.
- Tiedemann, J. & Billmann-Mahecha, E. (2004). Kontextfaktoren der Schulleistung im Grundschulalter. Ergebnisse aus der Hannoverschen Grundschulstudie. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 18, 113–124.
- Timler, G. R. (2005). Emotionale Hinweise richtig deuten: Schwierigkeiten der sozial-pragmatischen Kommunikation bei Kindern. *Sprache, Stimme, Gehör*, 29, 68–74.
- Tomasello, M. (1992). The social bases of language acquisition. *Social Development* 1, 1, 67–87.
- Tomblin, J. B. (1990). The effect of birth order on the occurrence of developmental language impairment. *British Journal of Disorders of Communication*, 25, 77–84.

- Tomblin, J. B. (1996). Genetic and environmental contributions to the risk for specific language impairment. In M. Rice (Hrsg.), *Toward a genetics of language* (S. 191–219). Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Tomblin, J. B.; Buckwalter, B. & Paula, R. (1998). Heritability of poor language achievement among twins. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 188–199.
- Tomblin, J. B.; Freese, P. R.; & Records, N. L. (1992). Diagnosing specific language impairment in adults for the purpose of pedigree analysis. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 832–843.
- Tomblin, J. B.; Hardy, J.C. & Hein, H. A. (1991). Predicting poor-communication status in preschool children using risk factors present at birth. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 1096–1105.
- Tomblin, J. B.; Records, N. L.; Buckwalter, P.; Zhang, X.; Smith, E. & O'Brien, M. (1997a). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 1245–1260.
- Tomblin, J. B.; Smith, E. & Zhang, X. (1997b). Epidemiology of specific language impairment: Prenatal and perinatal risk factors. *Journal of Communication Disorders*, 30, 325–344.
- Trentacosta, Ch. J. & Fine, S. E. (2009). Emotion knowledge, social competence, and behavior problems in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Social Development*, 19, 1–29.
- Trentacosta, Ch. J. & Shaw, D. (2009). Emotional self-regulation, peer rejection, and antisocial behavior: Developmental associations from early childhood to early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 356–365.
- Tröster, H. (2010). *EBI. Eltern-Belastungs-Inventar. Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R. R. Abidin*. Göttingen: Hogrefe.
- Ulrich, M. & Mayr, T. (2007). *Sprachentwicklung und Literacy bei deutschsprachig aufwachsenden Kindern (seldak)*. Freiburg: Herder.
- Unger, J. P. & Berg, M. (2013). Elternberatung in der Therapie des frühkindlichen Stotterns. *Sprache, Stimme, Gehör*, 37, 1–6.
- Veit, S. (1994). Sprachentwicklung, Sprachauffälligkeit und Zeitverarbeitung – Eine Longitudinalstudie. In G. Kegel, T. Arnhold, K. Dahlmeier, G. Schmidt & B. Tischer (Hrsg.), *Sprechwissenschaft & Psycholinguistik 6* (S. 125–187). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Vernes, S. C.; Newbury, D. F.; Abrahams, B. S.; Winchester, L.; Nicod, J.; Groszer, M. et al. (2008). A functional genetic link between distinct developmental language disorders. *The New England Journal of Medicine*, 359, 2337–2345.
- Vestergaard, M.; Obel, C.; Henriksen, T. B.; Sørensen, H. T. & Østergaard, J. (1999). Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy. *Acta Pædiatr*, 88, 1327–1332.
- Wachsmuth, S. (2013). Stichwort Kommunikation. *Frühförderung Interdisziplinär*, 4, 247–249.
- Wadepohl, H.; Koglin, U.; Vonderlin, E. & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Kindergarten. Evaluation eines präventiven Verhaltenstrainings. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 219–228.

- Wadman, R.; Botting, N.; Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2011a). Changes in emotional health symptoms in adolescents with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication disorders*, 46, 641–656.
- Wadman, R.; Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2008). Self-esteem, synness, and sociability in adolescents with specific language impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 938–952.
- Wadman, R.; Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2011b). Social stress in young people with specific language impairment. *Journal of Adolescence*, 34, 421–431.
- Wagner, L. (2014). *Screening der kindlichen Sprachentwicklung. Computergestütztes Verfahren zur Feststellung des Sprachstandes im Deutschen bei ein- und mehrsprachigen Kindern (SCREENIKS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Warnke, A. (1983). Kritische Nebenwirkungen der Zusammenarbeit mit den Eltern. In O. Speck & A. Warnke (Hrsg.), *Frühförderung mit den Eltern* (S. 60–84). München: Ernst Reinhardt.
- Watson, S. M.; Henggeler, S. W. & Whelan, J. P. (1990). Family functioning and the social adaption of hearing-impaired youths. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 143–163.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1988). Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 299–315.
- Weigl, I. & Reddemann-Tschaikner, M. (2009). *HOT – ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Weindrich, D.; Jennen-Steinmetz, Ch.; Laucht, M.; Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000). Epidemiology and prognosis of specific disorders of language and scholastic skills. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 186–194.
- Weinert, S. (1991). *Spracherwerb und implizites Lernen. Studien zum Erwerb sprachanaloger Regeln bei Erwachsenen, sprachunauffälligen und dysphasisch-sprachgestörten Kindern*. Bern: Huber
- Weinert, S. & Grimm, H. (2012). Sprachentwicklung. In W. Schneider & U. Lindenberg (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 433–456). Weinheim.
- Weinrich, M. & Zehner, H. (2008). *Phonetische und phonologische Störungen bei Kindern*. Heidelberg: Springer.
- Weiß, R. (2006). *CFT 20-R. Grundintelligenztest Skala 2-Revision*. Göttingen: Hogrefe.
- Weiß, R. H. & Osterland, J. (2012). *CFT 1-R. Grundintelligenztest Skala 1-Revision*. Göttingen: Hogrefe.
- Wendlandt, W. (2006). *Sprachstörungen im Kindesalter*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Whitehouse, A. J. O.; Line, E. A.; Watt, H. J. & Bishop D. V. M. (2009a). Qualitative aspects of developmental language impairment relate to language and literacy outcome in adulthood. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44, 489–510.
- Whitehouse, A. J. O.; Robinson, M.; Li, J.; & Oddy, W. H. (2011). Duration of breast feeding and language ability in middle childhood. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 25, 44–52.
- Whitehouse, A. J. O.; Watt, H. J.; Line, E. A. & Bishop D. V. M. (2009b). Adult psychosocial outcomes of children with specific language impairment, pragmatic lan-

- guage impairment and autism. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44, 511–528.
- Wiedebusch, S. & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 209–218.
- Willinger, U.; Brunner, E.; Diendorfer-Radner, G.; Sams, J.; Sirsch U. & Eisenwort, B. (2003). Behaviour in children with language development disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 607–614.
- Wink, M.; Gräbel, E.; Hoppe, U.; Eysholdt, U. & Rosanowski, F. (2006). Subjektive Aspekte bei Müttern von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *HNO*, 54, 487–492.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). Was ist klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte, Modelle. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 3–25). Berlin: Springer.
- Wittke, K.; Spaulding, T. J. & Schechtman, C. (2013). Specific language impairment and executive functioning: Parent and teacher ratings of behavior. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22, 161–172.
- Woerner, W.; Becker, A.; Friedrich, C.; Klasen, H.; Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105–112.
- Wulbert, M.; Inglis, S. & Kriegsmann, E. (1975). Language delay and associated mother-child interactions. *Developmental Psychology*, 11, 61–70.
- Wurst, F. (1992). *Sprachentwicklungsstörungen und ihre Behandlung*. Wien: Österreichischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst.
- Yau, M. K., & Li-Tsang, C. W. P. (1999). Adjustment and adaptation in parents of children with developmental disability in two-parent families: A review of the characteristics and attributes. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 45, 38–51.
- Zentner, M. R. (2000). Das Temperament als Risikofaktor in der frühkindlichen Entwicklung. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.): *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre* (S. 257–281). Göttingen: Hogrefe.
- Zimbardo, Ph. G. & Gerrig, R. J. (2004). *Psychologie*. München: Pearson Studium.
- Zimmer, C. (1999). *Dysgrammatismus – Prosodie – Rhythmus: Zur Sprachverarbeitung und Sprachtherapie*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Zollinger, B. (2004). *Die Entdeckung der Sprache*. Bern: Paul Haupt.
- Zollinger, B. (2010). Die Entdeckung der Sprache. Entwicklungsprozesse, Störungen, Untersuchung, Beurteilung. *Pädiatrie uptodate*, 3, 279–294.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Physiologisch-phonologische Prozesse im Deutschen (Fox 2007, S. 68)	17
Tabelle 2	Ein- und Ausschlusskriterien für spezifische Sprachentwicklungsstörungen nach der ICD-10 (Suchodoletz 2003)	33
Tabelle 3	Übersicht zu Diagnostikmaterialien zur Erfassung des Sprachentwicklungsstandes	35
Tabelle 4	Übersicht zu den überprüften Bereichen der Sprachentwicklungstests ..	37
Tabelle 5	Konkordanz-Rate bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (Bishop 2001, S. 370)	41
Tabelle 6	Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten in der Gegenüberstellung	69
Tabelle 7	Tabellarische Übersicht zur Entwicklung der pragmatisch- kommunikativen Fähigkeiten.....	76
Tabelle 8	Klassifikationsschema zu Sprachentwicklungsstörungen (Rapin & Allen 1983)	78
Tabelle 9	Symptome pragmatisch-kommunikativer Störungen	83
Tabelle 10	Pragmatisch-kommunikative Problembereiche sprachentwicklungsgestörter Kinder.....	93
Tabelle 11	Unterschiede in den pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten von Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen und pragmatisch-kommunikativen Störungen	99
Tabelle 12	Verfahren zur Erfassung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten.....	102
Tabelle 13	Schlüsselfertigkeiten emotionaler Kompetenz	105
Tabelle 14	Dimensionen sozialer Kompetenz (Kanning 2002, S. 158).....	107
Tabelle 15	Übersicht über die fünf angeborenen bzw. Vorläuferemotionen (Holodynski 2004, S. 7 f.).....	111
Tabelle 16	Einflussfaktoren auf die emotionale Kompetenz (vgl. Petermann & Wiedebusch 2008, S. 18; Mayer et al. 2012, S. 71 ff.)	113
Tabelle 17	Klassifikation von Verhaltensstörungen (Myschker 2009, S. 55)	124
Tabelle 18	Haupttypen des Copingverhaltens	131
Tabelle 19	Zusammenhang von sozial-emotionalen Auffälligkeiten und prä-, peri- sowie postnatalen Entwicklungsrisiken (vgl. Petermann et al. 2008, S. 248).....	134

Tabelle 20	Übersicht zu Fragebögen zur Diagnose von psychischen Auffälligkeiten	135
Tabelle 21	Häufigkeit an sozial-emotionalen Auffälligkeiten bei spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern (Lindsay & Dockrell 2000, S. 589)	138
Tabelle 22	Häufigkeit an Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern	143
Tabelle 23	Gegenüberstellung der Prävalenzraten an Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten und sprachgesunden Kindern	149
Tabelle 24	Verfahren zur Erfassung des elterlichen Belastungserlebens und Bewältigungsverhaltens	164
Tabelle 25	Einschlusskriterien	187
Tabelle 26	Fallzahlen Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache	192
Tabelle 27	Fallzahlen Grundschule	193
Tabelle 28	Stichprobengröße Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache	194
Tabelle 29	Stichprobengröße Grundschule	195
Tabelle 30	Vergleich der soziodemografischen Informationen der sprachentwicklungsgestörten Mädchen (N = 18) und Jungen (N = 55) mit dem bundesdeutschen Durchschnitt	196
Tabelle 31	Vergleich der soziodemografischen Informationen der Mütter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (N = 71) mit dem hessischen Durchschnitt	196
Tabelle 32	Vergleich der soziodemografischen Informationen der Väter der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (N = 63) mit dem hessischen Durchschnitt	198
Tabelle 33	Vergleich der soziodemografischen Informationen der Mädchen (N = 48) und Jungen (N = 48) der Grundschule mit dem bundesdeutschen Durchschnitt	198
Tabelle 34	Vergleich der soziodemografischen Informationen der Mütter der Grundschule (N = 96) mit dem hessischen Durchschnitt	199
Tabelle 35	Vergleich der soziodemografischen Informationen der Väter der Grundschule (N = 81) mit dem hessischen Durchschnitt	200
Tabelle 36	Diagnosekriterien des Eltern-SDQ (vgl. Woerner et al. 2002, S. 110).	202
Tabelle 37	Diagnosekriterien des Lehrerinnen-SDQ	202

Tabelle 38	Interne Konsistenz des Gesamtproblemwerts und der SDQ-Subskalen getrennt nach der Validierungsstudie und Müttern (N = 71) und Vätern (N = 63) der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (SFS) und Müttern (N = 96) und Vätern (N = 81) der Grundschule (GS)	203
Tabelle 39	Diagnosekriterien der CCC-2	204
Tabelle 40	Diagnosekriterien für die Skalen „Unangemessenes Initiieren von Gesprächen“ und „Interessen“ der CCC-2.....	204
Tabelle 41	Interne Konsistenz der Teilskalen und Subskalen des CCC-2 getrennt nach der Validierungsstudie und der Befragung der Lehrerinnen der SFS (N = 71)	206
Tabelle 42	Interne Konsistenz des EBI getrennt nach der Validierungsstudie sowie Müttern(N = 71) und Vätern (N = 63) der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache und Müttern (N = 96) und Vätern (N = 81) der Grundschule	208
Tabelle 43	Interne Konsistenz der Subtests des SET 5–10 getrennt nach der Validierungsstudie und der eigenen Untersuchung	209
Tabelle 44	Interne Konsistenz der Teilskalen und Subskalen des CFT 1-R.....	210
Tabelle 45	Interne Konsistenz der Teilskalen und Subskalen des CFT 20-R.....	211
Tabelle 46	Erfassungsbereiche und Untersuchungsinstrumente.....	215
Tabelle 47	Verteilung der soziodemografischen Variablen von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Jungen (N = 55) und Mädchen (N = 18).....	218
Tabelle 48	Verteilung der soziodemografischen Variablen von Vätern (N = 63) und Müttern (N = 71) sprachentwicklungsgestörter Kinder	220
Tabelle 49	Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern mit unauffälliger, grenzwertiger und auffälliger sozial-emotionaler Entwicklung getrennt nach Mütter (M) (N = 71)-, Väter (V) (N = 63)- und Lehrerinnenangaben (L) (N = 72).....	222
Tabelle 50	Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte des EBI von Eltern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache getrennt nach Müttern (N = 71) und Vätern (N = 63).....	224
Tabelle 51	Gruppenvergleiche mittels Post-hoc-Tests für die Rohwerte der Sub- und Teilskalen der CCC-2 getrennt nach PKS (N = 10), Grenzfällen (N = 18) und SSES (N = 43).....	229

Tabelle 52	Mittelwerte, Standardwerte, t-Werte und Signifikanzwerte (Rohwerte) der CCC-2 getrennt nach Müttern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 54) und Müttern mit keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 14).....	231
Tabelle 53	Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Fähigkeiten auf den einzelnen sprachlichen Ebenen des SET 5–10 (N = 72).....	233
Tabelle 54	Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanzwerte des CFT 1-R/CFT 20-R getrennt nach Müttern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 54) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 14).....	235
Tabelle 55	Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanzwerte des CFT 1-R/CFT 20-R getrennt nach Vätern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 47) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 13).....	235
Tabelle 56	Pearson-Korrelation zwischen den Hauptvariablen der Untersuchung	237
Tabelle 57	Pearson-Korrelationen zwischen dem mütterlichen Belastungserleben und dem SDQ der Mütter (N = 71).....	238
Tabelle 58	Pearson-Korrelationen zwischen dem väterlichen Belastungserleben und dem SDQ der Väter (N = 63).....	239
Tabelle 59	Pearson-Korrelationen zwischen pragmatisch-kommunikativen Defiziten und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Mütter) (N = 69).....	240
Tabelle 60	Pearson-Korrelationen zwischen pragmatisch-kommunikativen Defiziten und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Väter; N = 61).....	241
Tabelle 61	Pearson-Korrelationen zwischen pragmatisch-kommunikativen Defiziten und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Lehrerinnen; N = 71).....	242
Tabelle 62	Pearson-Korrelationen zwischen pragmatisch-kommunikativen Defiziten und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ- Gesamtwert) getrennt nach Störungsschwerpunkten.....	244

Tabelle 63	Zusammenhänge zwischen dem mütterlichen Belastungserleben im Kindbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 69).....	244
Tabelle 64	Zusammenhänge zwischen dem mütterlichen Belastungserleben im Elternbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 69).....	245
Tabelle 65	Zusammenhänge zwischen den Teilskalen des EBI (Mütterstichprobe) und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 69).....	246
Tabelle 66	Zusammenhänge zwischen dem väterlichen Belastungserleben im Kindbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 61).....	247
Tabelle 67	Zusammenhänge zwischen dem väterlichen Belastungserleben im Elternbereich und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 61).....	248
Tabelle 68	Pearson-Korrelation zwischen den Teilskalen des EBI (Väterstichprobe) und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 61).....	249
Tabelle 69	Pearson-Korrelation zwischen dem elterlichen Belastungserleben und den kognitiven Fähigkeiten.....	250
Tabelle 70	Pearson-Korrelation zwischen der Art der Sprachbehinderung sowie Ausprägung der Sprachbehinderung und dem mütterlichen Belastungserleben (N = 70)	251
Tabelle 71	Pearson-Korrelation zwischen der Art der Sprachbehinderung sowie Ausprägung der Sprachbehinderung und dem väterlichen Belastungserleben (N = 62)	251
Tabelle 72	Pearson-Korrelation zwischen der Art der Sprachbehinderung sowie der Ausprägung der Sprachbehinderung und den pragmatisch-kommunikativen Defiziten (N = 70).....	252
Tabelle 73	Pearson-Korrelation zwischen pragmatisch-kommunikativen Defiziten und kognitiven Fähigkeiten (N = 71).....	253
Tabelle 74	Übersicht zu den Modellpassungswerten für das Pfaddiagramm zum Zusammenhang von pragmatischen Defiziten, mütterlicher Belastung, SET-Gesamt, IQ und SDQ-Gesamtproblemwert (Mutter) .	255
Tabelle 75	Signifikanzwerte für die Pfadkoeffizienten	255

Tabelle 76	Standardisierte indirekte Effekte im Pfaddiagramm der Mütter.....	256
Tabelle 77	Übersicht zu den Modellpassungswerten für das Pfadmodell zum Zusammenhang von pragmatischen Defiziten, väterlicher Belastung, SET-Gesamt, IQ und SDQ-Gesamtproblemwert (Vater)	256
Tabelle 78	Signifikanzwerte für die Pfadkoeffizienten	257
Tabelle 79	Standardisierte indirekte Effekte im Pfadmodell der Väter.....	257
Tabelle 80	Verteilung der soziodemografischen Variablen von spezifisch sprachentwicklungsgestörten (N = 73) und sprachgesunden (N = 96) Kindern.....	258
Tabelle 81	Verteilung der soziodemografischen Variablen von Müttern spezifisch sprachentwicklungsgestörter (N = 71) und sprachgesunder Kindern (N = 96)	259
Tabelle 82	Verteilung der soziodemografischen Variablen von Vätern spezifisch sprachentwicklungsgestörter (N = 63) und sprachgesunder Kindern (N = 81)	261
Tabelle 83	Mittelwerte, Standardabweichungen des Mütter-SDQ sowie relativer Anteil (%) an unauffälligen und grenzwertigen/auffälligen Werten getrennt nach Kindern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (SFS) (N = 71) und Kindern der Grundschule (GS) (N = 96).....	263
Tabelle 84	Univariate Varianzanalyse mit den SDQ-Skalen (Mütterstichprobe) als abhängigen Variablen, der „Schulart“ als festem Faktor und dem soziodemografischen Merkmal „Mutter-sprache“ als unabhängiger Variabler	263
Tabelle 85	Mittelwerte, Standardabweichungen sowie Häufigkeiten an unauffälligen bzw. grenzwertigen und auffälligen Werten des Väter-SDQ getrennt nach Kindern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (N = 63) und Kindern der Grundschule (N = 80)	264
Tabelle 86	Univariate Varianzanalyse mit den SDQ-Skalen (Väterstichprobe) als abhängigen Variablen, der „Schulart“ als festem Faktor und den soziodemografischen Merkmalen „Alter“, „Geschlecht“, „Muttersprache“ und „Zweisprachigkeit“ als unabhängigen Variablen.....	265

Tabelle 87	Mittelwerte und Standardabweichungen des EBI getrennt nach Müttern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (N = 71) und Müttern der Grundschule (N = 95)	267
Tabelle 88	Univariate Varianzanalyse für die Stichprobe der Mütter mit den Sub- und Teilskalen des EBI als abhängigen Variablen, der Schulart als festem Faktor und den soziodemografischen Merkmalen „Alter“, „Geburtsland“, „Schulabschluss“, „Abgeschlossene Ausbildung“ und „Alleinerziehend“ als unabhängigen Variablen.....	269
Tabelle 89	Mittelwerte und Standardabweichungen des EBI getrennt nach Vätern der Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache (N = 63) und Vätern der Grundschule (N = 81)	271
Tabelle 90	Univariate Varianzanalyse für die Stichprobe der Väter mit den Sub- und Teilskalen des EBI als abhängigen Variablen, der Schulart als festem Faktor und den soziodemografischen Merkmalen „Alter“, „Geburtsland“, „Schulabschluss“, „Abgeschlossene Ausbildung“ und „Alleinerziehend“ als unabhängigen Variablen.....	272
Tabelle 91	Aufbau und Inhalte des Konzepts	315
Tabelle 92	Analyse der Ziele des „Rahmenplans zur Therapiekonzeption bei pragmatisch-kommunikativen Defiziten“ von Dohmen (2014)	323
Tabelle 93	Inhaltsanalyse der „Therapie pragmatisch-kommunikativer Fähigkeit“ von Kannengieser (2009)	324
Tabelle 94	Inhaltsanalyse des Konzepts PraFIT (Achhammer 2014b)	327
Tabelle 95	Übungen der Stufe 1 des Kommunikationstrainings von Klippert (2012).....	329
Tabelle 96	Inhaltsanalyse der Stufe 2 des Kommunikationstrainings von Klippert (2012).....	330
Tabelle 97	Inhaltsanalyse der Stufe 3 des Kommunikationstrainings von Klippert (2012).....	332
Tabelle 98	Inhaltsanalyse der Förderung pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten im sprachheilpädagogischen Unterricht (Schlamp-Diekman 2014).....	334
Tabelle 99	Möglichkeiten der Förderung pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen durch die Lehrer-innensprache	340
Tabelle 100	Techniken metasprachlichen Arbeitens	341

Tabelle 101	Handlungsvorschläge zur Intervention bei pragmatisch-kommunikativen Störungen	342
-------------	---	-----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Zusammenhänge der Sprachebenen	30
Abbildung 2.	Risikofaktoren für eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung	37
Abbildung 3.	Pragmatisch-kommunikative Störungen in Bezug auf spezifische Sprachentwicklungsstörungen und Autismus (nach Bishop 2000, S. 110).....	80
Abbildung 4.	Klassifikationsschema pragmatischer Störungen (nach Bishop & Norbury 2002, S. 924)	96
Abbildung 5.	Rahmenmodell der sozialen Kompetenz (nach Petermann 2002, S. 17, modifiziert nach Gresham & Reschly 1987)	108
Abbildung 6.	Modell sozialer Fertigkeiten (nach Petermann et al. 2013, S. 23, in Anlehnung an Merrell 2003).....	108
Abbildung 7.	Familiäre Einflüsse auf die Entwicklung emotionaler Kompetenz (nach Petermann & Wiedebusch 2008, S. 86)	118
Abbildung 8.	Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Wittchen und Hoyer 2011, S. 21).....	129
Abbildung 9.	Modell der Zusammenhänge zwischen Stress beider Elternteile und Häufigkeit von kindlichem Problemverhalten (Cina & Bodenmann 2009, S. 46)	167
Abbildung 10.	Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Belastungserleben und der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes	170
Abbildung 11.	Auswirkungen von pragmatisch-kommunikativen Störungen auf die sozial-emotionale Entwicklung.....	174
Abbildung 12.	Modell der negativen Spirale sozialer Konsequenzen (Jungmann 2012, S. 46, modifiziert nach Rice 1993).....	175
Abbildung 13.	Auswirkungen einer Sprachentwicklungsstörung auf das elterliche Belastungserleben und das kindliche Problemverhalten.....	176
Abbildung 14.	Arbeitshypothesen des Forschungsvorhabens	183
Abbildung 15.	Studiendesign	214
Abbildung 16.	Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen bzw. überdurchschnittlichen pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten (N = 71).....	226

Abbildung 17. Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen bzw. überdurchschnittlichen Leistungen im Pragmatic-Gesamtscore und GCC (N = 71)	227
Abbildung 18. Relativer Anteil (%) von Kindern mit PKS/ASS/Asperger, typischer SSES und Grenzfällen.....	228
Abbildung 19. Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern mit unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Fähigkeiten im SET 5–10 (N = 72).....	233
Abbildung 20. Relativer Anteil (%) von SSES-Kindern (N = 71) mit durchschnittlichen und überdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten.	234
Abbildung 21. Arbeitshypothesen	236
Abbildung 22. Pfaddiagramm zum Zusammenhang von pragmatischen Defiziten, mütterlicher Belastung, SET-Gesamt, IQ und SDQ-Gesamtproblemwert (Mütter).....	254
Abbildung 23. Pfadmodell zum Zusammenhang von pragmatischen Defiziten, väterlicher Belastung, SET-Gesamt, IQ und SDQ-Gesamtproblemwert (Väter)	256
Abbildung 24. Modell der Elternarbeit.....	311
Abbildung 25. Münchner Modell zur Planung sprachheilpädagogischen Unterrichts (nach Reber & Schönauer-Schneider 2014, S. 21)	336

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
ADI	Diagnostisches Interview für Autismus
ADOS	Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen
ASD	Autism Spectrum Disorder
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMFSJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
CBCL	Child Behavior Checklist
CCC	Children's Communication Checklist
CELF-III	Clinical Evaluation of Language Fundamentals
CFT 1-R	Grundintelligenztest Skala 1
CFT 20-R	Grundintelligenztest Skala 2
DESTATIS	Deutsches Statistisches Bundesamt
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EB	Elternbereich (des Eltern-Belastungs-Inventars)
EBI	Eltern-Belastungs-Inventar
FaBel	Familien-Belastungs-Fragebogen
GCC	General Communication Composite
GS	Grundschule
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale
HSET	Heidelberger Sprachentwicklungstest
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KB	Kindbereich (des Eltern-Belastungs-Inventars)
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
L	Lehrerinnen
LRS	Lese-Rechtschreib-Störung
M	Mütter
MLU	Mean length of utterance
PB	Partnerbeziehung (Subskala im Eltern-Belastungs-Fragebogen)
PDNNOS	Pervasive developmental disorder not otherwise specified

P-ITPA	Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten
PKS	Pragmatische Kommunikationsstörung
PLI	Pragmatic Language Impairment
PraFIT	Pragmatisch fit mit Therapie
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SES	Sprachentwicklungsstörung
SET 5–10	Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren
SETK-2	Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder
SFS	Schule mit dem Förderschwerpunkt Sprache
SIDC	Social Interaction Deviance Composite
SLI	Specific Language Impairment
SOEBEK	Soziale Orientierung von Eltern behinderter Kinder
SSES	Spezifische Sprachentwicklungsstörung
ToM	Theory of Mind
TRF	Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist
USES	Umschriebene Sprachentwicklungsstörung
V	Väter

Anhang**Verzeichnis**Briefe und Formulare

Briefe A. 1	Elternbrief SFS zum Forschungsvorhaben	392
Briefe A. 2	Elternbrief SFS Teilnehmerinnen	395
Briefe A. 3	Lehrerinnenbrief SFS zum Forschungsvorhaben.....	396
Briefe A. 4	Elternbrief SFS Information Testergebnisse.....	399
Briefe A. 5	Elternbrief SFS Mitteilung Testergebnisse	400
Briefe A. 6	Elternbrief Grundschule zum Forschungsvorhaben.....	402
Briefe A. 7	Lehrerinnenbrief Grundschule zum Forschungsvorhaben.....	405
Briefe A. 8	Lehrerinnenbrief Grundschule Teilnehmerinnen.....	407

Tabellen

Tabelle A. 1	Symptome einer Sprachentwicklungsstörung auf den unterschiedlichen linguistischen Ebenen	408
Tabelle A. 2	Teilfunktionen der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung (vgl. Kannengieser 2009, S. 329 ff.)	410
Tabelle A. 3	Profile eingeschränkter kommunikativer Kompetenz (vgl. Dohmen 2009)	410
Tabelle A. 4	Risikomildernde Faktoren im Kindes- und Jugendalter (vgl. Scheithauer & Petermann 2002, S. 134)	412
Tabelle A. 5	Übersicht zu pränatalen, perinatalen und postnatalen Entwicklungsrisiken (vgl. Petermann et al. 2004, S. 328; Petermann et al. 2008, S. 246f)	412
Tabelle A. 6	Gruppenvergleiche mittels Post-hoc-Tests für die Rohwerte des SDQ getrennt nach Müttern (N=71), Vätern (N = 63) und Lehrerinnen (N = 71)	413
Tabelle A. 7	SDQ Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach sprachentwicklungsgestörten Jungen (N = 53) und Mädchen (N = 18).....	414

Tabelle A. 8	SDQ Väter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach sprachentwicklungsgestörten Jungen (N = 48) und Mädchen (N = 15).....	415
Tabelle A. 9	SDQ Lehrerinnen: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach sprachentwicklungsgestörten Jungen (N = 53) und Mädchen (N = 18).....	415
Tabelle A. 10	SDQ Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach Kindern alleinerziehender (N = 14) und nicht alleinerziehender Müttern (N = 57)	416
Tabelle A. 11	SDQ Lehrerinnen: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach Kindern alleinerziehender (N = 14) und nicht alleinerziehender Müttern (N = 55)	416
Tabelle A. 12	SDQ Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte von Kindern getrennt nach Kindern von Müttern mit keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 14) und Realschulabschluss/Abitur (N = 56)	417
Tabelle A. 13	SDQ Väter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach Kindern von Vätern mit keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 13) und Realschulabschluss/ Abitur (N = 49)	417
Tabelle A. 14	SDQ Lehrerinnen: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach Kindern von Müttern mit keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 14) und Realschulabschluss/ Abitur (N = 56)	418
Tabelle A. 15	SDQ Lehrerinnen: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach Kindern von Vätern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 48) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 13).....	418
Tabelle A. 16	Pearson-Korrelation zwischen der Art bzw. Ausprägung der Sprachbehinderung und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Mütter; N = 70)	419
Tabelle A. 17	Pearson-Korrelation zwischen der Art bzw. Ausprägung der Sprachbehinderung und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Väter; N = 63).....	419

Tabelle A. 18 Pearson-Korrelation zwischen der Art bzw. Ausprägung der Sprachbehinderung und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Lehrerinnen; N = 70)	419
Tabelle A. 19 EBI Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach Müttern mit Realschulabschluss/ Abitur (N = 56) und keinem Abschluss/ Hauptschulabschluss (N = 14).....	420
Tabelle A. 20 EBI Väter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach Vätern mit Realschulabschluss/ Abitur (N = 49) und keinem Abschluss/ Hauptschulabschluss (N = 13).....	421
Tabelle A. 21 EBI Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach Müttern von Jungen (N = 53) und Mädchen (N = 18).....	422
Tabelle A. 22 EBI Väter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach Vätern von Jungen (N = 48) und Mädchen (N = 15).....	423
Tabelle A. 23 Pearson-Korrelation zwischen den EBI-Skalen (Mütter) und dem Alter des Kindes und Alter der Mütter (N = 71).....	424
Tabelle A. 24 Pearson-Korrelation zwischen den EBI-Skalen (Väter) und dem Alter des Kindes und Alter der Väter (N = 63).....	425
Tabelle A. 25 EBI Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach alleinerziehenden (N = 14) und nicht alleinerziehenden (N = 57) Müttern.....	426
Tabelle A. 26 CCC-2: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach sprachentwicklungsgestörten Jungen (N = 53) und Mädchen (N = 18).....	427
Tabelle A. 27 CCC-2: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte der CCC-2 getrennt nach Vätern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 49) und keinem Abschluss/ Hauptschulabschluss (N = 13)	428
Tabelle A. 28 CCC-2: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte der CCC-2 getrennt nach alleinerziehenden (N = 14) und nicht alleinerziehenden Müttern (N = 55).....	429

Tabelle A. 29	SET 5–10: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte des SET 5–10 getrennt nach Jungen (N = 54) und Mädchen (N = 18).....	430
Tabelle A. 30	SET 5–10: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte des SET 5–10 getrennt nach Kindern von Müttern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 55) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 14).....	431
Tabelle A. 31	SET 5–10: Mittelwert, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte des SET 5–10 getrennt nach Kindern von Vätern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 48) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 13).....	431
Tabelle A. 32	SET 5–10: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte des SET 5–10 getrennt nach Kindern von alleinerziehender Mütter (N = 14) und nicht alleinerziehender Mütter (N = 56).....	432

Briefe

Briefe A. 1 Elternbrief SFS zum Forschungsvorhaben



Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigten,

mit diesem Schreiben bitte ich Sie um die Unterstützung bei einem Forschungsprojekt. Hierzu möchte ich Sie, Ihren Sohn/Ihre Tochter sowie dessen/deren Klassenlehrerin oder Klassenlehrer befragen. Am Elternabend (22.09.2014) werden die in diesem Brief enthaltenen Informationen noch einmal zusammengefasst vorgestellt. Anschließend werden Sie die Gelegenheit haben, Fragen zu stellen.

Mein Name ist Laura Avemarie und ich bin Lehrerin an der [REDACTED]. Seit April 2014 schreibe ich meine Doktorarbeit an der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg im Fach Psychologie. In meiner Forschungsarbeit möchte ich untersuchen, ob die kommunikativen Fähigkeiten des Kindes und das Wohlbefinden der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten Einfluss auf die Entwicklung des sprachbehinderten Kindes haben. Die Ergebnisse meiner Arbeit tragen dazu bei, die Möglichkeiten zur Aktivität und Teilhabe von sprachbehinderten Kindern sowohl im familiären als auch schulischen Umfeld zu verbessern sowie die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von sprachbehinderten Kindern zu erhöhen. Meine Doktorarbeit wird aufgrund deren Bedeutsamkeit durch ein Stipendium des Landes Baden-Württemberg finanziell unterstützt.

Im Dezember 2013 wurde das Projekt in der [REDACTED] vorgestellt. Sowohl das Lehrerkollegium als auch die Schulkonferenz und der Schulelternbeirat stimmten im Rahmen der Gesamtkonferenz für eine Teilnahme an meiner Forschungsarbeit.

Wenn Sie sich für eine Teilnahme entscheiden, müssen Sie zwei Fragebögen ausfüllen. Ein Fragebogen setzt sich mit dem Entwicklungsstand Ihres Kindes auseinander (SDQ) und ein Fragebogen mit dem Wohlbefinden der Eltern/Erziehungsberechtigten (EBI). Die Zeit für die Bearbeitung der Fragebögen beträgt für Sie insgesamt ca. 20 Minuten. Die Fragebögen erfassen an keiner Stelle Ihren Namen. Ihr Kind ist bei beiden Fragebögen nicht beteiligt.

Die **Klassenlehrerin, der Klassenlehrer** Ihres Sohnes/Ihrer Tochter wird ebenfalls den Fragebogen zum Entwicklungsstand Ihres Kindes ausfüllen (SDQ) und darüber hinaus einen Fragebogen zur Erfassung der kommunikativen Fähigkeiten Ihres Kindes (CCC-2). Auch hier ist Ihr Kind nicht beteiligt.

In der [REDACTED] wird **Ihr Kind** Fragen zur Feststellung der Intelligenz (CFT 1-R) und der sprachlichen Fähigkeiten (SET 5-10) beantworten (ca. 60 min.). Die Befragung

Widerrufsbelehrung

Sie haben das Recht, jederzeit ohne die Angabe von Gründen, Ihre Einverständniserklärung zu widerrufen. In diesem Fall werden die bereits gewonnenen Daten unmittelbar gelöscht. Durch den Widerruf entstehen für Sie und Ihr Kind keine Nachteile.

Hiermit wünschen wir

Ihr Name

Name des Kindes

Klasse

den Widerruf unserer Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie „sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder“.

Datum:

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:



Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigten,

es freut mich sehr, dass Sie an der Studie teilnehmen. Durch Ihre Unterstützung werden notwendige Erkenntnisse zur Entwicklung sprachbehinderter Kinder gewonnen.

Im Umschlag finden Sie die Fragebögen zum Ausfüllen. Diese Fragebögen haben sich seit mehreren Jahren in der Praxis bewährt.

Auf **Seite 1** werden **Angaben zu Ihrem Kind** erfasst. Diese Angaben müssen nur von einem Elternteil bzw. einem Erziehungsberechtigten bearbeitet werden.

Die **Seiten 2-7** enthalten die **Fragebögen für die Mütter bzw. weibliche Erziehungsberechtigte**.

Seite 2	Angaben zur Mutter/weiblichen Erziehungsberechtigten
Seiten 3-4	Fragebogen zum Entwicklungsstand des Kindes (SDQ)
Seiten 5-7	Fragebogen zum Wohlbefinden (EBI)

Auf den **Seiten 8-13** befinden sich die Fragebögen für die **Väter bzw. männlichen Erziehungsberechtigten**.

Seite 8	Angaben zum Vater/männlichen Erziehungsberechtigten
Seiten 9-10	Fragebogen zum Entwicklungsstand des Kindes (SDQ)
Seiten 11-13	Fragebogen zum Wohlbefinden (EBI)

Sollten beide Elternteile bzw. Erziehungsberechtigten anwesend sein, bitte ich **beide** die Fragebögen **getrennt voneinander** auszufüllen. Bitte bearbeiten Sie die Fragebögen nicht gemeinsam. Alleinerziehende Eltern/ Erziehungsberechtigte füllen bitte den für Sie passenden Fragebogen aus.

Bitte beantworten Sie unbedingt ALLE Fragen!!!

Unvollständige Fragebögen können leider nicht verwendet werden. Stecken Sie die Fragebögen nach der Bearbeitung in den beigelegten Umschlag, verschließen Sie diesen und geben Sie den Umschlag bis zum **20.11.2014** Ihrem Kind mit. Der verschlossene Umschlag wird von der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer eingesammelt und an mich weitergeleitet.

Bei Fragen können Sie mich sehr gerne kontaktieren [REDACTED]

Mit freundlichen Grüßen und herzlichen Dank für Ihre Unterstützung

Laura Avemarie

[REDACTED]



Liebe Klassenlehrerin, lieber Klassenlehrer,

im Dezember 2014 wurde dir im Rahmen der Gesamtkonferenz das von mir anvisierte Forschungsprojekt zur Untersuchung der sozial-emotionalen Entwicklung von sprachbehinderten Kindern ausführlich vorgestellt. Das gesamte Kollegium stimmte für eine Teilnahme. Mit diesem Schreiben möchte ich noch einmal schriftlich auf die Inhalte und den Ablauf des Forschungsprojektes eingehen und dich über datenschutzrechtliche Aspekte informieren.

In meiner Forschungsarbeit möchte ich untersuchen, ob die kommunikativen Fähigkeiten des Kindes und das Wohlbefinden der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten Einfluss auf die sozial-emotionale Entwicklung des sprachbehinderten Kindes haben. Die Ergebnisse meiner Arbeit tragen dazu bei, die Möglichkeiten zur Aktivität und Teilhabe von sprachbehinderten Kindern sowohl im familiären als auch schulischen Umfeld zu verbessern sowie die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von sprachbehinderten Kindern zu erhöhen. Meine Promotionsarbeit wird aufgrund deren Bedeutsamkeit durch ein Stipendium des Landes Baden-Württemberg finanziell unterstützt.


Nach Abgabe der Einverständniserklärung müssen die **Eltern** zwei Fragebögen ausfüllen. Ein Fragebogen setzt sich mit der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes (SDQ) auseinander und ein Fragebogen mit dem Wohlbefinden der Eltern/Erziehungsberechtigten (EBI). Für die Bearbeitung der Fragebögen benötigen die Eltern insgesamt ca. 20 Minuten. Der Name der Eltern wird an keiner Stelle erfasst und das Kind ist bei beiden Fragebögen nicht beteiligt.

Wenn **du** dich für eine Teilnahme entscheidest, musst du ebenfalls den Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes ausfüllen (SDQ) und darüber hinaus einen Fragebogen zur Erfassung der kommunikativen Fähigkeiten des Kindes (CCC-2). Auch hier ist das Kind nicht beteiligt. Die Bearbeitungszeit pro Kind beträgt insgesamt ca. 20 Minuten.

In der [REDACTED] werde ich mit dem **Kind** einen Intelligenztest (CFT 1-R) und einen Test zur allgemeinen Sprachentwicklung (SET 5-10) durchführen (ca. 60 min.). Die Befragung findet außerhalb des Klassenraums statt. Der Name des Kindes wird an keiner Stelle erfasst. Auch werden dir als Klassenlehrerin/Klassenlehrer die Ergebnisse nicht

mitgeteilt. Es wird darauf geachtet, dass die Befragung nicht während dem Unterricht in den Fächern Deutsch, Mathe und Englisch stattfindet.

Die erhobenen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt, sodass alle Belange des Datenschutzes gewährleistet sind. Die Fragebögen werden nicht länger als nötig aufbewahrt und nach der Auswertung vernichtet.

Solltest du eine Teilnahme nicht wünschen, so entstehen für dich selbstverständlich durch die Nichtteilnahme keinerlei Nachteile. Lege bitte, sofern du einverstanden bist, die Einverständniserklärung bis zum **10.10.2014** in mein Fach. Nach der Abgabe der ausgefüllten Fragebögen der Eltern wirst du den SDQ und CCC-2 zum Ausfüllen erhalten. Solltest du nach Abgabe der Einverständniserklärung eine Beendigung der Teilnahme wünschen, kannst du jederzeit die Widerrufsbelehrung ausfüllen. Bei Fragen stehe ich dir gerne per E-Mail  oder persönlich zur Verfügung.

Liebe Grüße und vielen Dank im Voraus





Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich _____ (Name, Vorname)
bereit, an der Befragung zum Thema „Sozial-emotionale Entwicklung von sprachbehinderten
Kindern“ teilzunehmen.

Datum:

Unterschrift der Klassenlehrerin, des Klassenlehrers:



Widerrufsbelehrung

Du hast das Recht, jederzeit ohne die Angabe von Gründen, deine Einverständniserklärung zu
widerrufen. In diesem Fall werden die bereits gewonnenen Daten unmittelbar gelöscht. Durch
den Widerruf entstehen für dich keinerlei Nachteile.

Hiermit wünsche ich _____ (Name, Vorname) den Widerruf
meiner Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie „sozial-emotionale Entwicklung
sprachbehinderter Kinder“.

Datum:

Unterschrift der Klassenlehrerin, des Klassenlehrers



Liebe Familie _____,

vielen Dank, dass Sie an der Studie teilgenommen haben und die Fragebögen so ausführlich beantwortet haben.

Ab der kommenden Woche wird die Testung der Schülerinnen und Schüler beginnen. Aufgrund der hohen Teilnehmeranzahl erstreckt sich der Zeitraum der Testung bis zu den Sommerferien. Auf mehrfachen Elternwunsch informiere ich Sie nach der Auswertung der Daten (voraussichtlich im September) gerne über den aktuellen Entwicklungsstand Ihres Kindes. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, ob Sie über die Ergebnisse informiert werden möchten, oder nicht.

Ich _____ (Name, Vorname) wünsche über die Testergebnisse meines Kindes _____ (Name, Vorname) informiert zu werden.

Ich _____ (Name, Vorname) möchte **NICHT** über die Testergebnisse meines Kindes _____ (Name, Vorname) informiert werden.

.....

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die gewonnenen Ergebnisse den Lehrerinnen und Lehrern Ihres Kindes mitzuteilen. Dies ist selbstverständlich freiwillig! Sollten Sie keine Weitergabe der Ergebnisse wünschen, so entstehen Ihnen und Ihrem Kind selbstverständlich keine Nachteile! Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, ob Sie eine Weitergabe der Ergebnisse an die Lehrerinnen und Lehrer Ihres Kindes wünschen, oder nicht.

Hiermit entbinde ich _____ (Name, Vorname) Sie von der Schweigepflicht und wünsche eine Weitergabe der Testergebnisse an die Lehrerinnen und Lehrer meines Kindes _____ (Name, Vorname).

Ich _____ (Name, Vorname) möchte **NICHT**, dass die Testergebnisse meines Kindes _____ (Name, Vorname) an die Lehrerinnen und Lehrer weitergegeben werden.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Zettel bis zum **24.01.2015** Ihrem Kind mit.

Mit freundlichen Grüßen

Laura Avemarie



Liebe Familie _____

im Folgenden informiere ich Sie über die Testergebnisse Ihres Kindes. Bitte beachten Sie, dass Stimmung und Tagesform Einfluss nehmen auf die Leistungsfähigkeit eines Kindes, weshalb Testergebnisse immer als „Momentaufnahme“ verstanden werden müssen.

Die sprachlichen Fähigkeiten Ihres Kindes wurden mit einem Sprachentwicklungstest überprüft. In der folgenden Tabelle finden Sie eine Darstellung der überprüften Bereiche sowie eine Erklärung der dazugehörigen Aufgabenstellung. Der dritten Spalte können Sie entnehmen, ob Ihr Kind in diesem Bereich eine altersentsprechende, verzögerte oder fortgeschrittene Entwicklung zeigt.

Bereich	Aufgabenstellung	Leistungen Ihres Kindes
Wortschatz	Ihr Kind musste verschiedene Bilder richtig benennen.	verzögert altersentsprechend fortgeschritten
Wortbedeutung	Ihr Kind musste zu vier Bildern den passenden Oberbegriff finden (z.B. zu den Bildern Apfel, Bime, Pflaume und Ananas den Oberbegriff „Obst“ äußern).	verzögert altersentsprechend fortgeschritten
Satzverständnis	Ihr Kind hörte zunächst einen Satz und musste diesen anschließend mit Figuren nachspielen (z.B. „Der Hund steht auf dem Schaf“).	verzögert altersentsprechend fortgeschritten
Textverständnis	Ihrem Kind wurde eine kleine Geschichte vorgelesen und anschließend eine Frage gestellt. Aus drei Antwortmöglichkeiten musste Ihr Kind die passende Antwort finden.	verzögert altersentsprechend fortgeschritten
Satzbildung	Ihr Kind musste aus zwei vorgegebenen Wörtern einen sinnvollen und grammatikalisch korrekten Satz bilden (z.B. aus den Wörtern „Zitrone“ und „gelb“ den Satz „Die Zitrone ist gelb“ bilden).	verzögert altersentsprechend fortgeschritten
Singular-Plural-Bildung	Ihr Kind hörte ein Wort in Einzahl und musste hierzu die Mehrzahl bilden (z.B. „Das ist ein Hund, das sind viele ...?“ (Hunde)).	verzögert altersentsprechend fortgeschritten
Korrektur inkorrektter Sätze	Ihr Kind hörte einen grammatikalisch inkorrekten Satz und musste diesen korrigieren (z.B. den Satz „Ich habe ausgetrinkt“ in „Ich habe ausgetrunken“ verbessern).	verzögert altersentsprechend fortgeschritten
Bemerkungen und/oder sonstige Auffälligkeiten		

Neben der sprachlichen Entwicklung wurden die kognitiven Fähigkeiten überprüft. Sollte Ihr Kind in diesem Bereich eine „nicht altersentsprechende“ Entwicklung aufweisen, empfehle ich bei Fortschritten in der sprachlichen Entwicklung eine erneute Überprüfung nach ca. einem Jahr, da die sprachliche Entwicklung die kognitiven Fähigkeiten beeinflussen kann.

Kognitive Entwicklung	Leistungen <u>Ihres</u> Kindes: nicht altersentsprechend altersentsprechend überdurchschnittlich (heißt nicht hochbegabt!)
Bemerkungen und/oder sonstige Auffälligkeiten	

Bei Fragen können Sie sich gerne per Mail an mich wenden [REDACTED]

Vielen Dank für Ihre Unterstützung sowie die Unterstützung Ihres Kindes!

Herzliche Grüße

Laura Avemarie



Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigten,

mit diesem Schreiben bitte ich Sie um die Unterstützung bei einem Forschungsprojekt.

Mein Name ist Laura Avemarie und ich bin Lehrerin an der [REDACTED]. Seit April 2014 schreibe ich meine Doktorarbeit an der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg im Fach Psychologie. In meiner Forschungsarbeit untersuche ich den Einfluss der kindlichen kommunikativen Fähigkeiten und des elterlichen Wohlbefindens auf die Entwicklung des sprachbehinderten Kindes. Die Ergebnisse meiner Arbeit tragen dazu bei, die Möglichkeiten zur Aktivität und Teilhabe von sprachbehinderten Kindern sowohl im familiären als auch schulischen Umfeld zu verbessern sowie die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von sprachbehinderten Kindern zu erhöhen. Meine Doktorarbeit wird aufgrund deren Bedeutsamkeit durch ein Stipendium des Landes Baden-Württemberg unterstützt.

Von November 2014 bis Januar 2015 nahmen 80 Eltern sprachbehinderter Kinder an meinem Forschungsprojekt teil und füllten Fragebögen zum eigenen Wohlbefinden und zur Entwicklung ihres sprachbehinderten Kindes aus. Zum Vergleich der Ergebnisse mit Eltern sprachgesunder Kinder bin ich auf Ihre Unterstützung angewiesen.

Wenn Sie sich für eine Teilnahme entscheiden, möchte ich Sie herzlich bitten, zwei Fragebögen ausfüllen. Ein Fragebogen setzt sich mit dem Entwicklungsstand Ihres Kindes auseinander (SDQ) und ein Fragebogen mit Ihrem Wohlbefinden (EBI). Die Zeit für die Bearbeitung der Fragebögen beträgt für Sie insgesamt ca. 20 Minuten. Die Fragebögen erfassen an keiner Stelle Ihren Namen. Ihr Kind ist bei beiden Fragebögen nicht beteiligt.

Die erhobenen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt, sodass alle Belange des Datenschutzes gewährleistet sind. Die Fragebögen werden nicht länger als nötig aufbewahrt und nach der Auswertung vernichtet.

Am 12. März 2015 wurde das Projekt in der [REDACTED] vorgestellt. Einstimmig entschieden sich die Mitglieder der Schulkonferenz für eine Teilnahme an meiner Forschungsarbeit.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie und Ihr Partner bzw. Ihre Partnerin an der Befragung teilnehmen würden. Sollten Sie das nicht wünschen, so entstehen Ihnen und Ihrem Kind

selbstverständlich durch die Nichtteilnahme keine Nachteile. Geben Sie bitte, sofern Sie einverstanden sind, die **Einverständniserklärung** der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer Ihres Sohnes/Ihrer Tochter bis zum **22.04.2015** mit. Ihr Sohn/Ihre Tochter wird dann in Kürze die zwei Fragebögen für Sie zum Ausfüllen erhalten. Sollten Sie nach Abgabe der Einverständniserklärung eine Beendigung der Teilnahme wünschen, können Sie jederzeit die Widerrufsbelehrung ausfüllen.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne per E-Mail [REDACTED] zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüßen und vielen Dank im Voraus

Laura Avemarie



Einverständniserklärung

Hiermit erklären wir

Ihr Name Name des Kindes Alter des Kindes Klasse
uns damit einverstanden, an der Studie zum Thema „Sozial-emotionale Entwicklung
sprachbehinderter Kinder“ teilzunehmen.

Datum:

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:



Wir _____ (Ihr Name) möchten nicht an der Studie teilnehmen.

(Bitte erst ausfüllen und abgeben, wenn Sie die Teilnahme widerrufen möchten!)

Widerrufsbelehrung

Sie haben das Recht, jederzeit ohne die Angabe von Gründen, Ihre Einverständniserklärung zu widerrufen. In diesem Fall werden die bereits gewonnenen Daten unmittelbar gelöscht. Durch den Widerruf entstehen für Sie und Ihr Kind keine Nachteile.

Hiermit wünschen wir

Ihr Name

Name des Kindes

Klasse

den Widerruf unserer Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie „sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder“.

Datum:

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:



Liebe Klassenlehrerin, lieber Klassenlehrer,

mit diesem Schreiben möchte ich Sie kurz über den Ablauf und den Inhalt eines Forschungsprojektes informieren, welches von April bis voraussichtlich Juni an der [REDACTED] durchgeführt werden wird.

Mein Name ist Laura Avemarie, ich bin Lehrerin an der [REDACTED] und führe im Rahmen meiner Promotion an der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg ein Forschungsprojekt an Ihrer Schule durch. Im März wurde das von mir anvisierte Forschungsprojekt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Schulkonferenz vorgestellt. Einstimmig entschieden sich die Mitglieder der Schulkonferenz für eine Teilnahme. In meiner Forschungsarbeit untersuche ich den Einfluss der kindlichen kommunikativen Fähigkeiten und des elterlichen Wohlbefindens auf die sozial-emotionale Entwicklung des sprachbehinderten Kindes. Die Ergebnisse meiner Arbeit tragen dazu bei, die Möglichkeiten zur Aktivität und Teilhabe von sprachbehinderten Kindern sowohl im familiären als auch schulischen Umfeld zu verbessern sowie die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von sprachbehinderten Kindern zu erhöhen. Die Promotion wird aufgrund deren Bedeutsamkeit durch ein Stipendium des Landes Baden-Württemberg unterstützt.

Von November 2014 bis Januar 2015 nahmen 80 Eltern sprachbehinderter Kinder an meinem Forschungsprojekt teil und füllten Fragebögen zum eigenen Wohlbefinden und zur sozial-emotionalen Entwicklung ihres sprachbehinderten Kindes aus. Zum Vergleich der Ergebnisse mit Eltern sprachgesunder Kinder bin ich auf die Unterstützung der [REDACTED] angewiesen. Die [REDACTED] wurde ausgewählt, da sich zum einen die soziodemographischen Merkmale der Elternschaft eignen und zum anderen eine hohe Schüleranzahl vorliegt, wodurch mit höherer Wahrscheinlichkeit eine ausreichende Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die Vergleichsstichprobe gewonnen werden kann.

Mit den in diesem Umschlag liegenden Elternbriefen sollen die Eltern über das Forschungsprojekt informiert und zur Teilnahme motiviert werden. Bitten teilen Sie Ihren Schülerinnen und Schülern den Elternbrief am **14.04.2015 oder 16.04.2015** aus. Sollten sich die Eltern für eine Teilnahme entscheiden, müssen sie die im Elternbrief enthaltene Einverständniserklärung ausfüllen und bis zum **22.04.2015** bei Ihnen abgeben. Den Eltern, die

bis zum **22.04.2015** weder die Einverständniserklärung abgegeben haben, noch ihre Nichtteilnahme bekundet haben, bitte ich Sie, den Erinnerungszettel mitzugeben. Eingehende Einverständniserklärungen bitte ich Sie, im beigelegten Umschlag zu sammeln und diesen Umschlag bis zum **29.04.2015** in den hierfür vorgesehenen Karton im Lehrerzimmer zu werfen.

Nach der Abgabe der Einverständniserklärung erhalten die Eltern in Kürze zwei Fragebögen zum Ausfüllen. Ein Fragebogen setzt sich mit der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes (SDQ) auseinander und ein Fragebogen mit dem Wohlbefinden der Eltern/Erziehungsberechtigten (EBI). Für die Bearbeitung der Fragebögen benötigen die Eltern insgesamt ca. 20 Minuten. Der Name der Eltern wird an keiner Stelle erfasst und das Kind ist bei beiden Fragebögen nicht beteiligt. Sollten die Eltern nach Abgabe der Einverständniserklärung eine Beendigung der Teilnahme wünschen, können Sie jederzeit die im Elternbrief enthaltene Widerrufsbelehrung ausfüllen.

Nach der Auswertung der Daten werde ich sowohl die Eltern als auch die Lehrerinnen und Lehrer der [REDACTED] über die Ergebnisse informieren, wodurch Ihnen aktuelle Erkenntnisse zum Wohlbefinden Ihrer Elternschaft als auch zur sozial-emotionalen Entwicklung Ihrer Schülerinnen und Schüler vorliegen.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne per E-Mail [REDACTED] zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen und herzlichen Dank für Ihre Unterstützung

Laura Avemarie
[REDACTED]

Wichtige Daten für Sie in der Übersicht

14.04. oder 16.04.	Austeilen der Elternbriefe an Ihre Schülerinnen und Schüler
16.04.-29.04.	Sammeln der Einverständniserklärungen im Umschlag
23.04.	Austeilen der Erinnerungszettel
29.04.	Abgabe des Umschlags in den Karton im Lehrerzimmer



Liebe Klassenlehrerin, lieber Klassenlehrer,

vielen Dank für Ihre Unterstützung bei der Gewinnung von Eltern und Erziehungsberechtigten für mein Forschungsprojekt. Es haben 107 Eltern/Erziehungsberechtigte die Einverständniserklärung ausgefüllt. Das ist eine enorme Anzahl!

Anbei erhalten Sie die Umschläge mit den Fragebögen für diejenigen Eltern, die sich bereit erklärt haben, am Forschungsprojekt teilzunehmen. Ich möchte Sie herzlich bitten, die Umschläge am Montag, den 11.05.2015, an die entsprechenden Schülerinnen und Schüler zu verteilen (jeder Umschlag ist mit dem Familiennamen versehen). Die Eltern haben grundsätzlich bis zum **22.05.2015** Zeit, die Fragebögen auszufüllen. In dem Umschlag für die Eltern befindet sich neben den Fragebögen ein Rückumschlag, sodass die Eltern Ihre beantworteten Fragebögen in einem verschlossenen Umschlag anonym an mich zurückgeben können. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitte ich Sie daher, die Umschläge nicht zu öffnen.

Für Eltern, die bis zum 22.05.2015 die Fragebögen nicht ausgefüllt haben, werde ich Ihnen am 25.05.2015 einen Erinnerungszettel ins Fach legen. Diese Eltern haben dann noch einmal die Möglichkeit, bis zum 02.06.2015 die Fragebögen auszufüllen.

Mit freundlichen Grüßen und herzlichen Dank für Ihre Unterstützung

Laura Avemarie

Wichtige Daten für Sie in der Übersicht

11.05.2015	Verteilen der Umschläge an die Schülerinnen und Schüler
12.05.2015-22.05.2015	Einsammeln der eingehenden Umschläge und Abgabe in die rote Kiste im Lehrerzimmer
26.05.2015	Verteilen der Erinnerungszettel
27.05.2015-02.06.2015	Einsammeln der übrigen Umschläge und Abgabe in die rote Kiste im Lehrerzimmer

Tabellen

Tabelle A. 1 *Symptome einer Sprachentwicklungsstörung auf den unterschiedlichen linguistischen Ebenen (vgl. Amorosa und Noterdaeme 2003; Baur & Endres 1999; Berg 2011; Clahsen 1986; Dodd 1995; Fox 2007; Hachul & Schönauer-Schneider 2012; Kannengieser 2009)*

Linguistische Ebene	Symptome
Lexikon/Semantik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verspäteter Beginn des funktionalen Gebrauchs erster Wörter ▪ Langandauernde Kommunikation mit Protowörtern ▪ Langsames Wortschatzwachstum/Stagnation ▪ Einschränkungen im Erwerb verschiedener Wortarten ▪ Geringer rezeptiver und expressiver Wortschatzumfang/Wortschatzeinschränkungen ▪ Ersetzungen und Fehlproduktionen ▪ Abrufstörungen/Wortfindungsstörungen ▪ Erschwerter Erwerb von Wortbedeutungen ▪ Schwierigkeiten in der Kategorisierungen ▪ Lückenhaftes Bedeutungswissen ▪ Performanzauffälligkeiten (Symptome, die sich aus dem stockenden Wortabruf ergeben)
Syntax/Morphologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fähigkeiten werden verlangsamt und mühsam erworben ▪ Morphologisch-syntaktische Strukturen sind nicht gleichermaßen betroffen/inhomogenes Fähigkeitenprofil ▪ Probleme bei der Entdeckung der Verb-Zweitstellungsregel ▪ Erschwerter Erwerb der Subjekt-Verb-Kongruenz ▪ Erschwerter Erwerb des Kasusystems ▪ Verspäteter Erwerb und verspätete Produktion von Nebensätze ▪ Falsche Pluralmarkierungen (Verzögerung von 2-3 Jahren) ▪ Falsche Genusmarkierung ▪ Geringe Äußerungslänge ▪ Eingeschränkte Satzkomplexität ▪ Fehlerhafte Verneinung ▪ Fehlen von Satzteilen ▪ Positionsfehler ▪ Fehlende Funktionswörter ▪ Flexionsfehler bzw. fehlende grammatikalische Übereinstimmung von Satzteilen ▪ Geringere sprachliche Kreativität und Flexibilität ▪ Fehlendes Dekodieren morphologisch-syntaktischer Strukturen

Linguistische Ebene	Symptome
Phonetik/Phonologie	<p>Phonetische Störung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laute oder Lautverbindungen können nicht gebildet werden oder werden falsch gebildet ▪ Laute werden durch einen nicht-muttersprachlichen Laut ersetzt, ausgelassen oder konstant fehlgebildet ▪ Phonetisches Inventar ist unvollständig <p>Phonologische Störung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei einer phonologischen Störung ist das phonologische Regelsystem nicht altersgemäß ausdifferenziert; die Distributionsregel sind noch nicht erworben ▪ Folgende Arten werden n. Dodd (1995, S. 54 f.) unterschieden: <ul style="list-style-type: none"> ○ Phonologische Verzögerung: Physiologische phonologische Prozesse tauchen mit einer Verzögerung von min. 6 Monaten noch auf ○ Konsequente phonologische Störung: Auftauchen von pathologischen Prozessen⁹⁷ ○ Inkonsequente phonologische Störung: Identische lexikalische Items werden auf unterschiedliche Weise gebildet; Physiologische und pathologische Prozesse
Sprachverständnis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenig gemeinsame Aufmerksamkeit ▪ Jargonsprache ▪ Echolalien ▪ Orientierung an nonverbalen Informationen ▪ Häufiges Ja-Sagen ▪ Häufige Füllwörter und Floskeln ▪ Stereotypes Spielverhalten ▪ Dominanz oder Rückzug in Interaktionen mit anderen Kindern ▪ Kurze Aufmerksamkeitsspanne in sprachintensiven Situationen ▪ Kein korrektes Ausführen von Anweisungen ▪ Fragen werden nur wenig oder gar nicht gestellt

⁹⁷ Definition: Pathologische Prozesse sind Prozesse, die in der physiologischen Entwicklung nicht vorkommen, bei einem Phonem auftreten, die in der physiologischen Entwicklung nicht vorkommen, in einer ungewöhnlichen Häufigkeit auftreten (vgl. Fox 2007, S. 111)

Tabelle A. 2 *Teilfunktionen der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung (vgl. Kannengieser 2009, S. 329 ff.)*

Teilfunktionen	Fähigkeiten
Auditive Aufmerksamkeit	Sich einem akustischen Reizgeschehen zuwenden und ihm folgen
Richtungshören/Lokalisation	Auditiven Reizorten zuwenden
Figur-Hintergrund-Diskrimination, auditive Selektion, auditive Separation	Auditiven Reiz fokussieren; Störschall-Nuttschall-Unterscheidung
Frequenzauflösung und Rhythmuserkennung	Muster des auditiven Reizes erkennen
Lautheitsempfindung	Intensität des auditiven Reizes wahrnehmen
Hördynamik oder Hörfeldskalierung	Spanne der Lautstärke, in der auditiven Reize wahrgenommen werden können
Auditive Zeitauflösung	Auditiv Reize zeitlich analysieren Ordnungsschwelle: der minimale Abstand, in dem zwei aufeinanderfolgende Reize in eine zeitliche Reihenfolge gebracht werden können Funktionsschwelle: der minimale Abstand, mit dem zwei aufeinanderfolgende Reize gerade noch als zwei getrennte Reize erkannt werden können.
Dichotisches Hören	Auf beiden Ohren parallel eingehende unterschiedliche auditive Reize erkennen
Speicherung	Auditiven Reiz kurzfristig im Arbeitsspeicher aufbewahren
Sequenzierung	Einzelreize einer Reizkette in der gegebenen Reihenfolge erfassen und kurzfristig speichern
Analyse und Synthese	Auditiven Reiz in Einzelelemente zerlegen und Einzelreize zu Reizeinheiten zusammenfügen
Identifizierung	Auditiven Reiz als einen bestimmten, z. B. sprachlichen Reiz erkennen
Kategorisierung	Auditiven Reiz als etwas bestimmen
Diskrimination oder Differenzierung	Auditiven Reiz von anderen Reizen unterscheiden, auditive Diskrimination: Gleichartigkeit und Unterschiedlichkeit von auditiven Reizen erkennen
Ergänzung	Akustischen unvollständigen Reiz vervollständigen

Tabelle A. 3 *Profile eingeschränkter kommunikativer Kompetenz (vgl. Dohmen 2009)*

Profil 1: Verzögerte kommunikative Kompetenz
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Junge Kinder ▪ Keine bzw. kaum altersgemäße soziokognitive und pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten ▪ Häufig auch Verzögerungen der sprachsystematischen Fähigkeiten

Profil 2: Keine altersgemäßen sprachsystematischen kommunikativen Ressourcen

Komorbide Auffälligkeiten: SSES/SES

- Kommunikative Kompetenz ist schwerpunktmäßig durch nicht altersgemäße sprachsystematische Ressourcen eingeschränkt
- Zahlreiche Kinder mit SSES oder SES entwickeln Störungen im kommunikativ pragmatischen Bereich
- Verbesserte sprachsystematische Fähigkeiten müssen nicht mit verbesserten kommunikativen Fähigkeiten einhergehen; nach der Überwindung können sozial-kommunikative Probleme persistieren (vgl. Profil 3)

Profil 3: Keine altersgemäßen sprachlich-pragmatischen Fähigkeiten

Komorbide Auffälligkeiten: Frühere SSES Kinder

- Schwierigkeiten mit der Organisation, Koordination und Aufrechterhaltung von Kommunikation hinsichtlich des Sprecherwechsels sowie der thematischen Koordination (Kohärenz) und der linguistischen Verknüpfung
- Die Bedürfnisse des Hörers werden nicht ausreichend berücksichtigt
- Schwierigkeiten im Verständnis von nicht-wörtlicher Sprache (Redewendungen, Metaphern, indirekte Äußerungen, Humor, Ironie)
- Diese Kinder zeigen sowohl Merkmale, die mit der Sprachentwicklungsstörung assoziiert werden, als auch Merkmale, die mit dem Autismusspektrum in Verbindung gebracht werden – sie sind aber keiner der beiden Gruppen eindeutig zuzuordnen

Profil 4: Kein altersgemäßes sozial-kompetentes kommunikatives Verhalten

Komorbide Störungen: Stimm-, Redefluss- und/oder Sprachentwicklungsstörungen; Störungen des Autismusspektrums

- Schwerpunkt: emotional-soziale Aspekte zwischenmenschlicher Kommunikation
- Kein altersgemäßes sozial-kompetentes kommunikatives Verhalten, d. h., sie haben Schwierigkeiten, in der Interaktion mit Gleichaltrigen und/oder Erwachsenen erfolgreich und sozial akzeptiert zu kommunizieren
- Ihre sprachsystematischen Ressourcen können, müssen jedoch nicht eingeschränkt sein
- Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen können ebenfalls von Störungen im sozial-kommunikativen Verhalten betroffen sein
- Verstärkt introvertiertes oder extrovertiertes Verhalten
- Kinder haben Schwierigkeiten, Interaktionen mit Gleichaltrigen zu initiieren, auf deren Kommunikationsangebote angemessen zu reagieren und/oder sich an Gruppenaktivitäten zu beteiligen; als Folge kann der soziale Rückzug beobachtet werden
- Betroffene Kinder werden seltener von Gleichaltrigen angesprochen, haben Probleme, Freundschaften aufzubauen und aufrechtzuerhalten und sind nicht immer zufriedenstellend in Gruppenaktivitäten integriert
- Einsamkeit, Frustration, negatives Selbstbild

Profil 5: Dauerhaft stark eingeschränkte kommunikative Ressourcen
Komorbide Auffälligkeiten: multiple intellektuelle, sensorische und physische Beeinträchtigungen

- Kinder, denen es aufgrund von unterschiedlichen angeborenen oder erworbenen Ursachen dauerhaft nicht möglich ist, zufriedenstellend durch die Anwendung von Sprache zu kommunizieren

Tabelle A. 4 *Risikomildernde Faktoren im Kindes- und Jugendalter (vgl. Scheithauer & Petermann 2002, S. 134)*

Kindbezogene Faktoren	Schutzfaktoren innerhalb der Familie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weibliches Geschlecht ▪ Erstgeborenes Kind ▪ Positives Temperament (flexibel, aktiv, offen) ▪ Niedrige Emotionalität, hohe Impulskontrolle ▪ Überdurchschnittliche Intelligenz ▪ Spezielle Talente und Interessen an Hobbies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson ▪ Familiärer Zusammenhalt, unterstützende Geschwister ▪ Kleine Familiengröße ▪ „Gute“ Ausbildung und Kompetenzen der Mutter ▪ Modelle positiven Bewältigungsverhaltens ▪ Mädchen: Unterstützung der Autonomie mit emotionaler Unterstützung ▪ Jungen: Struktur und Regeln in häuslicher Umgebung ▪ Übernahme von Aufgaben im Haus und Förderung eigenverantwortlichen Handelns
Kindbezogene Resilienzfaktoren	Schutzfaktoren innerhalb des sozialen Umfeldes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positive Sozialverhalten ▪ Hohe Sprachfertigkeiten ▪ Positives Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitsüberzeugung ▪ Aktives Bewältigungsverhalten ▪ Fähigkeit, sich zu distanzieren ▪ Internale Kontrollattribution ▪ Vorausplanendes Verhalten ▪ Selbsthilfefertigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soziale Unterstützung ▪ Positive Freundschaftsbeziehungen ▪ Positive Gleichaltrigenbeziehungen ▪ Positive Schulerfahrungen

Tabelle A. 5 *Übersicht zu pränatalen, perinatalen und postnatalen Entwicklungsrisiken (vgl. Petermann et al. 2004, S. 328; Petermann et al. 2008, S. 246 f.)*

Kindbezogene Faktoren	Familiäre Risikofaktoren
Pränatale Entwicklungsrisiken	
Gene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toxische Einflüsse: Rauchen, Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum; Medikamentenmissbrauch und -gebrauch, Umweltgifte ▪ Mangel-/Fehlernährung ▪ Emotionale Belastungen ▪ Stressbelastung ▪ Infektionen der Mutter ▪ Kreislaufstörungen ▪ Epilepsie ▪ Unfälle, mechanische Traumen

Kindbezogene Faktoren	Familiäre Risikofaktoren
Pränatale Entwicklungsrisiken	
	<ul style="list-style-type: none">▪ Diabetes▪ Nierenerkrankung▪ Strahlenschäden▪ Störungen des endokrinen Systems▪ Vorausgegangene Fehlgeburten, Blutungen, Form- und Lageanomalien der Plazenta, gynäkologische Eingriffe, Abtreibungsversuche
Perinatale Entwicklungsrisiken	
<ul style="list-style-type: none">▪ Sauerstoffmangel, Hirnblutungen▪ Mechanische Verletzungen des Kopfes▪ Nabelschnurumschlingungen, falsche Lage des Kindes im Mutterleib▪ Frühgeburt, verzögerte Geburt, niedriges Gestationsalter	
Postnatale Bedingungen	
<ul style="list-style-type: none">▪ Atemstörungen▪ Saug- und Schluckstörungen, Ernährungsstörungen▪ Krampfanfälle, Hirnentzündungen, Schädel-Hirn-Traumen▪ Schwierigkeiten in der Verhaltens- und Emotionsregulation durch reifungsbedingte Einschränkungen oder Temperamentsmerkmale▪ Desorganisierte oder unsichere Bindungen zu den Bezugspersonen	<ul style="list-style-type: none">▪ Elternverhalten: elterliche Erziehungskompetenz, ungewollte Schwangerschaft, negative Erwartungen gegenüber dem Kind, ablehnender, unsensibler - Umgang mit dem Kind, Mangel an positivem Elternverhalten, feindseliges und überstimulierendes Verhalten▪ Soziale Deprivation▪ Sozioökonomische Faktoren: berufliche und Wohnsituation▪ Psychosoziale Faktoren: psychische Störungen der Eltern, eheliche Disharmonie, elterliche Stressbelastung▪ Kulturelle Faktoren: unterschiedliche Erziehungshaltungen der Elternteile aufgrund von Kulturunterschieden

Tabelle A. 6 Gruppenvergleiche mittels Post-hoc-Tests für die Rohwerte des SDQ getrennt nach Müttern ($N=71$), Vätern ($N = 63$) und Lehrerinnen ($N = 71$)

SDQ	Informand		MW Differenz	SD	Sig.
Gesamtproblemwert	Väter	Mütter	.182	.747	.808
	Väter	Lehrerinnen	-1.014	.952	.287
	Mütter	Lehrerinnen	-1,196	.930	.199

SDQ	Informand		MW Differenz	SD	Sig.
Emotionale Probleme	Väter	Mütter	–.168	.258	.516
	Väter	Lehrerinnen	–.477	.329	.148
	Mütter	Lehrerinnen	–.309	.322	.337
Verhaltensauffälligkeiten	Väter	Mütter	.112	.210	.594
	Väter	Lehrerinnen	.203	.268	.450
	Mütter	Lehrerinnen	.091	.262	.729
Hyperaktivität	Väter	Mütter	.326	.299	.276
	Väter	Lehrerinnen	–.393	.382	.304
	Mütter	Lehrerinnen	–.719	.373	.055
Probleme mit Gleichaltrigen	Väter	Mütter	–.061	.235	.794
	Väter	Lehrerinnen	–.390	.300	.194
	Mütter	Lehrerinnen	–.329	.293	.263
Prosoziales Verhalten	Väter	Mütter	–.182	.229	.427
	Väter	Lehrerinnen	.878	.294	.003
	Mütter	Lehrerinnen	1.060	.287	.000

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Tabelle A. 7 *SDQ Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach sprachentwicklungsgestörten Jungen (N = 53) und Mädchen (N = 18)*

SDQ M.	Junge/Mädchen	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Gesamtproblemwert	Jungen	13.38	6.06	1.165	.248
	Mädchen	11.50	5.42		
Emotionale Probleme	Jungen	3.00	2.18	.094	.926
	Mädchen	2.94	2.13		
Verhaltensauffälligkeiten	Jungen	2.51	1.96	.640	.524
	Mädchen	2.17	1.98		
Hyperaktivität	Jungen	4.89	2.54	1.377	.173
	Mädchen	3.94	2.41		
Probleme mit Gleichaltrigen	Jungen	2.98	2.13	.909	.367
	Mädchen	2.44	2.28		
Prosoziales Verhalten	Jungen	7.49	2.09	–.817	.417
	Mädchen	7.94	1.86		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Tabelle A. 8 *SDQ Väter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach sprachentwicklungsgestörten Jungen (N = 48) und Mädchen (N = 15)*

SDQ V.	Junge/Mädchen	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Gesamt-problemwert	Jungen	12.15	5.37	-.939	.351
	Mädchen	11.13	6.02		
Emotionale Probleme	Jungen	2.46	1.89	.550	.585
	Mädchen	3.00	2.14		
Verhaltens-auffälligkeiten	Jungen	2.44	1.92	1.867	.067
	Mädchen	2.13	1.69		
Hyperaktivität	Jungen	4.83	2.19	.031	.975
	Mädchen	3.60	2.38		
Probleme mit Gleichaltrigen	Jungen	2.42	1.70	-1.649	.104
	Mädchen	2.40	2.17		
Prosoziales Verhalten	Jungen	7.44	2.26	.619	.538
	Mädchen	8.47	1.51		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Tabelle A. 9 *SDQ Lehrerinnen: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach sprachentwicklungsgestörten Jungen (N = 53) und Mädchen (N = 18)*

SDQ L.	Junge/Mädchen	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Gesamt-problemwert	Jungen	10.92	7.02	.074	.941
	Mädchen	10.78	8.00		
Emotionale Probleme	Jungen	2.30	2.33	-1.711	.092
	Mädchen	3.50	3.26		
Verhaltens-auffälligkeiten	Jungen	1.87	2.13	.159	.874
	Mädchen	1.78	2.16		
Hyperaktivität	Jungen	4.55	2.99	1.213	.229
	Mädchen	3.56	3.01		
Probleme mit Gleichaltrigen	Jungen	2.24	2.46	.446	.657
	Mädchen	1.94	2.36		
Prosoziales Verhalten	Jungen	6.96	2.44	-.230	.819
	Mädchen	7.11	2.17		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Tabelle A. 10 *SDQ Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach Kindern alleinerziehender (N = 14) und nicht alleinerziehender Müttern (N = 57)*

SDQ M.	Alleinerziehend	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Gesamt-problemwert	ja	16.57	5.59	2.702	.009
	nein	12.00	5.69		
Emotionale Probleme	ja	3.93	1.98	1.859	.067
	nein	2.75	2.15		
Verhaltens-auffälligkeiten	ja	3.21	2.49	1.715	.091
	nein	2.23	1.77		
Hyperaktivität	ja	5.57	2.34	1.543	.128
	nein	4.42	2.54		
Probleme mit Gleichaltrigen	ja	3.86	1.56	1.996	.050
	nein	2.60	2.23		
Prosoziales Verhalten	ja	7.36	1.74	-.508	.613
	nein	7.67	2.11		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Tabelle A. 11 *SDQ Lehrerinnen: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach Kindern alleinerziehender (N = 14) und nicht alleinerziehender Müttern (N = 55)*

SDQ L.	Alleinerziehend M.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Gesamt-problemwert	ja	15.29	7.62	2.715	.008
	nein	9.70	6.71		
Emotionale Probleme	ja	4.14	2.60	2.601	.011
	nein	2.20	2.48		
Verhaltens-auffälligkeiten	ja	2.29	2.27	.972	.334
	nein	1.68	2.05		
Hyperaktivität	ja	5.57	2.77	1.912	.060
	nein	3.89	2.98		
Probleme mit Gleichaltrigen	ja	3.29	3.02	1.890	.063
	nein	1.93	2.23		
Prosoziales Verhalten	ja	6.86	2.74	-.101	.920
	nein	6.93	2.28		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Tabelle A. 12 *SDQ Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte von Kindern getrennt nach Kindern von Müttern mit keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 14) und Realschulabschluss/Abitur (N = 56)*

SDQ M.	Schulabschluss	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Gesamt-problemwert	Kein/Hauptschulabschluss	13.05	5.99	.151	.881
	Realschulabschluss/Abitur	12.79	5.78		
Emotionale Probleme	Kein/Hauptschulabschluss	3.02	2.28	.246	.806
	Realschulabschluss/Abitur	2.86	1.75		
Verhaltens-auffälligkeiten	Kein/Hauptschulabschluss	2.27	1.83	-1.507	.136
	Realschulabschluss/Abitur	3.14	2.35		
Hyperaktivität	Kein/Hauptschulabschluss	4.84	2.51	.930	.356
	Realschulabschluss/Abitur	4.14	2.51		
Probleme mit Gleichaltrigen	Kein/Hauptschulabschluss	2.93	2.27	.439	.662
	Realschulabschluss/Abitur	2.64	1.74		
Prosoziales Verhalten	Kein/Hauptschulabschluss	7.39	2.08	-1.488	.141
	Realschulabschluss/Abitur	8.29	1.68		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Tabelle A. 13 *SDQ Väter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach Kindern von Vätern mit keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 13) und Realschulabschluss/Abitur (N = 49)*

SDQ V.	Schulabschluss	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Gesamt-problemwert	Kein/Hauptschulabschluss	11.42	5.62	-1.279	.206
	Realschulabschluss/Abitur	13.62	5.03		
Emotionale Probleme	Kein/Hauptschulabschluss	2.33	1.79	-1.997	.050
	Realschulabschluss/Abitur	3.54	2.40		
Verhaltens-auffälligkeiten	Kein/Hauptschulabschluss	2.25	1.92	-.750	.456
	Realschulabschluss/Abitur	2.69	1.75		
Hyperaktivität	Kein/Hauptschulabschluss	4.48	2.27	-.731	.467
	Realschulabschluss/Abitur	5.00	2.31		
Probleme mit Gleichaltrigen	Kein/Hauptschulabschluss	2.35	1.83	-.054	.957
	Realschulabschluss/Abitur	2.38	1.76		
Prosoziales Verhalten	Kein/Hauptschulabschluss	7.69	1.98	-.649	.519
	Realschulabschluss/Abitur	8.08	1.66		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Tabelle A. 14 *SDQ Lehrerinnen: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach Kindern von Müttern mit keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 14) und Realschulabschluss/Abitur (N = 56)*

SDQ L.	Schulabschluss M.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Gesamt- problemwert	Kein/Hauptschulabschluss	10.65	6.91	-.657	.513
	Realschulabschluss/Abitur	12.07	8.32		
Emotionale Probleme	Kein/Hauptschulabschluss	2.75	2.74	.770	.444
	Realschulabschluss/Abitur	2.14	1.99		
Verhaltens- auffälligkeiten	Kein/Hauptschulabschluss	1.80	1.97	-.204	.839
	Realschulabschluss/Abitur	1.93	2.62		
Hyperaktivität	Kein/Hauptschulabschluss	4.00	3.01	-1.531	.130
	Realschulabschluss/Abitur	5.36	2.76		
Probleme mit Gleichaltrigen	Kein/Hauptschulabschluss	2.11	2.41	-.722	.473
	Realschulabschluss/Abitur	2.64	2.71		
Prosoziales Verhalten	Kein/Hauptschulabschluss	7.07	2.43	1.214	.229
	Realschulabschluss/Abitur	6.21	2.08		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Tabelle A. 15 *SDQ Lehrerinnen: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Wert und Signifikanz-Werte getrennt nach Kindern von Vätern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 48) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 13)*

SDQ L.	Schulabschluss V.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Gesamt- problemwert	Kein/Hauptschulabschluss	10.15	6.77	-.666	.508
	Realschulabschluss/Abitur	11.54	6.33		
Emotionale Probleme	Kein/Hauptschulabschluss	2.48	2.41	.213	.832
	Realschulabschluss/Abitur	2.31	3.12		
Verhaltens- auffälligkeiten	Kein/Hauptschulabschluss	1.73	2.23	-.294	.770
	Realschulabschluss/Abitur	1.92	1.55		
Hyperaktivität	Kein/Hauptschulabschluss	4.06	3.12	-1.017	.313
	Realschulabschluss/Abitur	5.00	2.16		
Probleme mit Gleichaltrigen	Kein/Hauptschulabschluss	1.88	2.17	-.602	.550
	Realschulabschluss/Abitur	2.31	2.75		
Prosoziales Verhalten	Kein/Hauptschulabschluss	6.88	2.58	-.264	.793
	Realschulabschluss/Abitur	7.08	1.85		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ signifikant.

Tabelle A. 16 *Pearson-Korrelation zwischen der Art bzw. Ausprägung der Sprachbehinderung und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Mütter; N = 70)*

SDQ M.	Semantik/ Lexikon	Sprach- verständnis	Morphologie/ Syntax	Sprach- produktion	Ausprä- gung
Gesamtproblemwert	.020	-.002	-.083	-.110	-.029
Emotionale Probleme	.038	-.046	-.064	-.108	-.028
Verhaltensauffälligkeiten	-.155	-.172	-.142	-.174	-.175
Hyperaktivität	.122	.118	.051	.063	.112
Probleme mit Gleichaltrigen	.006	.053	-.093	-.105	-.028
Prosoziales Verhalten	-.060	-.028	.040	.016	-.020

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

Tabelle A. 17 *Pearson-Korrelation zwischen der Art bzw. Ausprägung der Sprachbehinderung und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Väter; N = 63)*

SDQ V.	Semantik/ Lexikon	Sprach- verständnis	Morphologie/ Syntax	Sprach- produktion	Ausprä- gung
Gesamtproblemwert	-.032	-.125	-.173	-.229	-.117
Emotionale Probleme	.036	-.056	-.144	-.155	-.058
Verhaltensauffälligkeiten	-.152	-.231	-.088	-.207	-.175
Hyperaktivität	.119	.054	-.039	-.053	.066
Probleme mit Gleichaltrigen	-.119	-.141	-.223	-.240	-.181
Prosoziales Verhalten	-.136	-.046	.028	.079	-.061

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

Tabelle A. 18 *Pearson-Korrelation zwischen der Art bzw. Ausprägung der Sprachbehinderung und sozial-emotionalen Auffälligkeiten (SDQ Lehrerinnen; N = 70)*

SDQ L.	Semantik/ Lexikon	Sprach- verständnis	Morphologie/ Syntax	Sprach- produktion	Ausprä- gung
Gesamtproblemwert	.093	-.037	-.042	.008	.034
Emotionale Probleme	.241	.048	.132	.166	.197
Verhaltensauffälligkeiten	-.156	-.146	-.163	-.163	-.169
Hyperaktivität	-.045	-.107	-.150	-.167	-.111
Probleme mit Gleichaltrigen	.202	.111	.066	.197	.170
Prosoziales Verhalten	.181	.354	.203	.166	.232

Anmerkung: Es sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant.

Tabelle A. 19 *EBI Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach Müttern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 56) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 14)*

EBI M.	Schulabschluss	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen Kindbereich					
Hyperaktivität	Real./Abitur	11.80	3.79	.474	.637
	kein/Haupt.	11.21	5.45		
Stimmung	Real./Abitur	8.82	4.10	-.142	.887
	kein/Haupt.	9.00	4.62		
Akzeptierbarkeit	Real./Abitur	11.41	3.87	.810	.421
	kein/Haupt.	10.43	4.75		
Anforderung	Real./Abitur	12.34	3.70	1.026	.309
	kein/Haupt.	11.14	4.66		
Anpassungsfähigkeit	Real./Abitur	10.09	4.04	.128	.898
	kein/Haupt.	9.93	4.78		
Subskalen Elternbereich					
Elterliche Bindung	Real./Abitur	9.43	3.40	.597	.552
	kein/Haupt.	8.79	4.35		
Soziale Isolation	Real./Abitur	9.36	4.59	1.160	.250
	kein/Haupt.	7.71	5.31		
Elterliche Kompetenz	Real./Abitur	10.13	4.19	.440	.661
	kein/Haupt.	9.57	4.31		
Depression	Real./Abitur	12.21	3.63	.426	.672
	kein/Haupt.	11.71	5.01		
Gesundheit	Real./Abitur	9.79	4.33	1.236	.221
	kein/Haupt.	8.14	4.91		
Persönliche Einschränkungen	Real./Abitur	10.07	4.44	.412	.682
	kein/Haupt.	9.50	5.45		
Partnerbeziehung	Real./Abitur	10.10	4.25	.849	.399
	kein/Haupt.	8.92	5.34		
Teilskalen					
KB-Gesamt	Real./Abitur	54.46	15.98	.538	.592
	kein/Haupt.	51.71	21.18		
EB-Gesamt	Real./Abitur	69.95	22.75	.843	.403
	kein/Haupt.	63.54	30.99		
EB-Gesamt ohne PB	Real./Abitur	60.98	20.31	.871	.387
	kein/Haupt.	55.43	25.26		
EBI-Gesamt	Real./Abitur	123.89	35.63	.749	.457
	kein/Haupt.	114.77	52.00		

EBI M.	Schulabschluss	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Teilskalen					
EBI-Gesamt ohne PB	Real./Abitur	115.45	33.49	.770	.444
	kein/Haupt.	107.14	45.55		

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind im Kindbereich alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ und im Elternbereich alle Ergebnisse $p \leq .007$ signifikant.

Tabelle A. 20 *EBI Väter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach Vätern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 49) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 13)*

EBI V.	Schulabschluss	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen Kindbereich					
Hyperaktivität	Real./Abitur	10.60	3.94	−1.583	.119
	kein/Haupt.	12.54	3.78		
Stimmung	Real./Abitur	8.33	4.43	−.475	.637
	kein/Haupt.	9.00	4.73		
Akzeptierbarkeit	Real./Abitur	9.60	3.64	−1.037	.304
	kein/Haupt.	10.85	4.49		
Anforderung	Real./Abitur	9.96	4.12	−1.005	.319
	kein/Haupt.	11.23	3.77		.
Anpassungsfähigkeit	Real./Abitur	9.21	4.36	−.470	.640
	kein/Haupt.	9.85	4.28		
Subskalen Elternbereich					
Elterliche Bindung	Real./Abitur	8.23	3.37	−2.364	.021
	kein/Haupt.	10.77	3.70		
Soziale Isolation	Real./Abitur	7.71	3.87	1.334	.187
	kein/Haupt.	6.08	4.09		
Elterliche Kompetenz	Real./Abitur	7.98	3.52	−1.961	.055
	kein/Haupt.	10.23	4.23		
Depression	Real./Abitur	9.88	3.73	−2.547	.013
	kein/Haupt.	12.92	4.19		
Gesundheit	Real./Abitur	7.69	4.10	1.530	.131
	kein/Haupt.	5.77	3.63		
Persönliche Einschränkungen	Real./Abitur	7.77	3.62	−.714	.478
	kein/Haupt.	8.62	4.35		
Partnerbeziehung	Real./Abitur	10.17	4.64	−.355	.724
	kein/Haupt.	10.69	4.80		

EBI V.	Schulabschluss	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Teilskalen					
KB-Gesamt	Real./Abitur	47.71	17.52	-1.044	.301
	kein/Haupt.	53.46	18.08		
EB-Gesamt	Real./Abitur	59.68	21.12	-.797	.429
	kein/Haupt.	65.08	22.84		
EB-Gesamt ohne PB	Real./Abitur	49.25	17.56	-.918	.362
	kein/Haupt.	54.38	19.12		
EBI-Gesamt	Real./Abitur	107.93	36.26	-.912	.366
	kein/Haupt.	118.54	39.39		
EBI-Gesamt ohne PB	Real./Abitur	96.96	32.52	-1.046	.300
	kein/Haupt.	107.85	36.15		

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind im Kindbereich alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ und im Elternbereich alle Ergebnisse $p \leq .007$ signifikant.

Tabelle A. 21 *EBI Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach Müttern von Jungen (N = 53) und Mädchen (N = 18)*

EBI M.	Sohn/Tochter	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen Kindbereich					
Hyperaktivität	Sohn	11.98	3.99	1.311	.194
	Tochter	10.50	4.58		
Stimmung	Sohn	9.15	4.29	1.212	.230
	Tochter	7.78	3.72		
Akzeptierbarkeit	Sohn	11.25	3.85	.071	.943
	Tochter	11.17	4.61		
Anforderung	Sohn	12.47	3.98	1.002	.320
	Tochter	11.39	3.90		
Anpassungsfähigkeit	Sohn	10.23	3.99	.690	.492
	Tochter	9.44	4.62		
Subskalen Elternbereich					
Elterliche Bindung	Sohn	9.11	3.08	−.853	.397
	Tochter	9.94	4.77		
Soziale Isolation	Sohn	8.91	4.74	−.287	.775
	Tochter	9.28	4.81		
Elterliche Kompetenz	Sohn	10.21	4.10	.521	.604
	Tochter	9.61	4.46		
Depression	Sohn	12.55	3.66	1.410	.163
	Tochter	11.06	4.49		

EBI M.	Sohn/Tochter	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen Elternbereich					
Gesundheit	Sohn	9.62	4.61	.420	.676
	Tochter	9.11	4.01		
Persönliche Einschränkungen	Sohn	10.15	4.67	.562	.576
	Tochter	9.44	4.41		
Partnerbeziehung	Sohn	9.92	4.30	.428	.670
	Tochter	9.39	5.08		
Teilskalen					
KB-Gesamt	Sohn	55.08	16.48	1.042	.301
	Tochter	50.28	18.06		
EB-Gesamt	Sohn	69.09	24.05	.186	.853
	Tochter	67.83	25.62		
EB-Gesamt ohne PB	Sohn	60.55	20.83	.361	.719
	Tochter	58.44	22.79		
EBI-Gesamt	Sohn	123.59	38.22	.507	.614
	Tochter	118.11	41.30		
EBI-Gesamt ohne PB	Sohn	115.62	34.90	.705	.483
	Tochter	108.72	38.71		

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind im Kindbereich alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ und im Elternbereich alle Ergebnisse $p \leq .007$ signifikant.

Tabelle A. 22 *EBI Väter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach Vätern von Jungen (N = 48) und Mädchen (N = 15)*

EBI V.	Sohn/Tochter	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen Kindbereich					
Hyperaktivität	Sohn	11.15	3.92	.811	.421
	Tochter	10.20	4.02		
Stimmung	Sohn	8.29	4.11	-.182	.856
	Tochter	8.53	5.55		
Akzeptierbarkeit	Sohn	9.88	3.67	.418	.678
	Tochter	9.40	4.39		
Anforderung	Sohn	10.31	3.88	.651	.518
	Tochter	9.53	4.58		
Anpassungsfähigkeit	Sohn	9.29	3.94	.020	.984
	Tochter	9.27	5.31		
Subskalen Elternbereich					
Elterliche Bindung	Sohn	8.58	3.21	-.393	.696
	Tochter	9.00	4.63		

EBI V.	Sohn/Tochter	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen Elternbereich					
Soziale Isolation	Sohn	6.98	3.72	−.996	.323
	Tochter	8.13	4.53		
Elterliche Kompetenz	Sohn	8.46	3.66	.173	.863
	Tochter	8.27	4.04		
Depression	Sohn	10.79	3.83	1.290	.202
	Tochter	9.27	4.53		
Gesundheit	Sohn	6.83	3.87	−1.268	.210
	Tochter	8.33	4.40		
Persönliche Einschränkungen	Sohn	7.81	3.58	−.229	.820
	Tochter	8.07	4.32		
Partnerbeziehung	Sohn	10.30	4.59	.443	.659
	Tochter	9.69	4.85		
Teilskalen					
KB-Gesamt	Sohn	48.92	16.27	.379	.706
	Tochter	46.93	21.84		
EB-Gesamt	Sohn	60.04	20.39	−.111	.912
	Tochter	60.76	25.10		
EB-Gesamt ohne PB	Sohn	49.46	16.42	−.302	.763
	Tochter	51.07	22.43		
EBI-Gesamt	Sohn	109.57	34.51	.170	.866
	Tochter	107.69	44.71		
EBI-Gesamt ohne PB	Sohn	98.38	30.35	.038	.970
	Tochter	98.00	42.64		

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind im Kindbereich alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ und im Elternbereich alle Ergebnisse $p \leq .007$ signifikant.

Tabelle A. 23 *Pearson-Korrelation zwischen den EBI-Skalen (Mütter) und dem Alter des Kindes und Alter der Mütter (N = 71)*

EBI M.	Alter Kind	Alter Mütter
Subskalen Kindbereich		
Hyperaktivität	.080	-.033
Stimmung	-.056	-.159
Akzeptierbarkeit	.187	-.043
Anforderung	.052	.004
Anpassungsfähigkeit	.014	-.038

EBI M.	Alter Kind	Alter Mütter
Subskalen Elternbereich		
Elterliche Bindung	.064	-.084
Soziale Isolation	.126	-.111
Elterliche Kompetenz	.097	-.061
Depression	-.040	-.170
Gesundheit	.058	-.017
Persönliche Einschränkungen	.069	-.099
Partnerbeziehung	.075	-.122
Teilskalen		
KB-Gesamt	.066	-.066
EB-Gesamt	.096	-.087
EB-Gesamt ohne PB	.078	-.107
EBI-Gesamt	.096	-.073
EBI-Gesamt ohne PB	.077	-.095

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind im Kindbereich alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .003$ und im Elternbereich alle Ergebnisse $p \leq .002$ signifikant.

Tabelle A. 24 *Pearson-Korrelation zwischen den EBI-Skalen (Väter) und dem Alter des Kindes und Alter der Väter (N = 63)*

EBI V.	Alter Kind	Alter Väter
Subskalen Kindbereich		
Hyperaktivität	-.011	-.041
Stimmung	-.055	-.061
Akzeptierbarkeit	-.023	-.059
Anforderung	-.096	-.169
Anpassungsfähigkeit	.052	-.002
Subskalen Elternbereich		
Elterliche Bindung	.007	-.162
Soziale Isolation	-.171	-.200
Elterliche Kompetenz	.006	-.289
Depression	-.061	-.290
Gesundheit	.061	.043
Persönliche Einschränkungen	-.107	-.196
Partnerbeziehung	-.088	-.126
Teilskalen		
KB-Gesamt	-.031	-.077

EBI V.	Alter Kind	Alter Väter
Teilskalen		
EB-Gesamt	–.053	–.225
EB-Gesamt ohne PB	–.057	–.233
EBI-Gesamt	–.050	–.186
EBI-Gesamt ohne PB	–.047	–.166

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind im Kindbereich alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .003$ und im Elternbereich alle Ergebnisse $p \leq .002$ signifikant.

Tabelle A. 25 *EBI Mütter: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach alleinerziehenden (N = 14) und nicht alleinerziehenden (N = 57) Müttern*

EBI M.	Alleinerziehend	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen Kindbereich					
Hyperaktivität	ja	13.36	3.43	1.784	.079
	nein	11.18	4.24		
Stimmung	ja	9.86	4.38	1.058	.294
	nein	8.54	4.11		
Akzeptierbarkeit	ja	12.29	3.15	1.104	.274
	nein	10.96	4.19		
Anforderung	ja	14.21	3.42	2.182	.033
	nein	11.70	3.96		
Anpassungsfähigkeit	ja	12.64	3.63	2.762	.007
	nein	9.39	4.03		
Subskalen Elternbereich					
Elterliche Bindung	ja	9.93	3.79	.706	.483
	nein	9.18	3.53		
Soziale Isolation	ja	12.00	4.49	2.776	.007
	nein	8.26	4.52		
Elterliche Kompetenz	ja	12.50	3.63	2.540	.013
	nein	9.46	4.10		
Depression	ja	13.50	3.39	1.434	.156
	nein	11.84	3.98		
Gesundheit	ja	12.71	4.53	3.225	.002
	nein	8.70	4.08		
Persönliche Einschränkungen	ja	12.43	4.52	2.305	.024
	nein	9.37	4.44		
Partnerbeziehung	ja	10.00	4.74	.158	.875
	nein	9.74	4.50		

EBI M.	Alleinerziehend	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Teilskalen					
KB-Gesamt	ja	62.36	14.55	2.155	.035
	nein	51.77	16.88		
EB-Gesamt	ja	82.67	26.59	1.885	.064
	nein	66.55	23.41		
EB-Gesamt ohne PB	ja	73.07	21.11	2.685	.009
	nein	56.81	20.12		
EBI-Gesamt	ja	146.00	38.87	2.034	.046
	nein	118.32	37.80		
EBI-Gesamt ohne PB	ja	135.43	33.50	2.621	.011
	nein	108.58	34.53		

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant. Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind im Kindbereich alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .01$ und im Elternbereich alle Ergebnisse $p \leq .007$ signifikant.

Tabelle A. 26 CCC-2: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte getrennt nach sprachentwicklungsgestörten Jungen ($N = 53$) und Mädchen ($N = 18$)

CCC-2	Junge/Mädchen	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen					
Aussprache	Jungen	7.85	5.74	1.062	.292
	Mädchen	6.22	5.23		
Syntax	Jungen	6.45	4.66	-.467	.642
	Mädchen	7.06	4.94		
Semantik	Jungen	8.92	2.98	.721	.473
	Mädchen	8.33	3.09		
Kohärenz	Jungen	7.17	3.90	-.249	.804
	Mädchen	7.44	4.48		
Unange. Initiieren v. Gesprächen	Jungen	6.49	4.51	-.095	.924
	Mädchen	6.61	5.00		
Stereotype Sprache	Jungen	4.00	2.34	-.324	.747
	Mädchen	4.22	3.00		
Kontextgebrauch	Jungen	6.25	3.79	-.510	.611
	Mädchen	6.78	3.93		
Nonverbale Kommunikation	Jungen	5.34	3.94	.256	.799
	Mädchen	5.06	4.47		
Soziale Beziehungen	Jungen	4.72	3.61	.730	.468
	Mädchen	4.00	3.58		
Interessen	Jungen	4.47	2.72	1.080	.284
	Mädchen	3.67	2.77		

CCC-2	Junge/Mädchen	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Teilskalen					
GCC	Jungen	52.47	22.59	.120	.905
	Mädchen	51.72	23.57		
SIDC	Jungen	−9.38	13.69	.083	.934
	Mädchen	−9.72	19.05		
Pragmatik	Jungen	29.25	13.57	−.227	.821
	Mädchen	30.11	15.29		
Sprache	Jungen	23.23	10.96	.532	.596
	Mädchen	21.61	11.62		

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant sowie unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .005$.

Tabelle A. 27 CCC-2: Mittelwerte, Standardabweichungen, *t*-Werte und Signifikanz-Werte der CCC-2 getrennt nach Vätern mit Realschulabschluss/Abitur ($N = 49$) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss ($N = 13$)

CCC-2	Schulabschluss V.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen					
Aussprache	kein/Haupt.	7.17	5.56	−.125	.901
	Real./Abitur	7.38	5.65		
Syntax	kein/Haupt.	6.04	4.49	−1.731	.089
	Real./Abitur	8.54	5.08		
Semantik	kein/Haupt.	8.35	3.02	−1.967	.054
	Real./Abitur	10.23	3.17		
Kohärenz	kein/Haupt.	6.67	4.06	−1.563	.123
	Real./Abitur	8.62	3.71		
Unange. Initiieren v. Gesprächen	kein/Haupt.	6.10	4.38	−.217	.829
	Real./Abitur	6.38	2.93		
Stereotype Sprache	kein/Haupt.	3.85	2.59	−1.353	.181
	Real./Abitur	4.92	2.29		
Kontextgebrauch	kein/Haupt.	6.06	3.70	−.856	.395
	Real./Abitur	7.08	4.11		
Nonverbale Kommunikation	kein/Haupt.	5.04	4.34	−.090	.929
	Real./Abitur	5.15	2.23		
Soziale Beziehungen	kein/Haupt.	4.00	3.26	−1.055	.296
	Real./Abitur	5.08	3.30		
Interessen	kein/Haupt.	4.04	2.79	−.043	.966
	Real./Abitur	4.08	2.02		

CCC-2	Schulabschluss V.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Teilskalen					
GCC	kein/Haupt.	49.29	22.57	-1.290	.202
	Real./Abitur	58.31	21.47		
SIDC	kein/Haupt.	-9.04	12.60	1.145	.257
	Real./Abitur	-14.08	18.72		
Pragmatik	kein/Haupt.	27.73	14.25	-1.054	.296
	Real./Abitur	32.15	9.51		
Sprache	kein/Haupt.	21.56	10.47	-1.339	.186
	Real./Abitur	26.15	12.71		

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant sowie unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .005$.

Tabelle A. 28 CCC-2: Mittelwerte, Standardabweichungen, *t*-Werte und Signifikanz-Werte der CCC-2 getrennt nach alleinerziehenden ($N = 14$) und nicht allererziehenden Müttern ($N = 55$)

CCC-2	Alleinerziehend M.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Subskalen					
Aussprache	ja	8.79	5.61	.898	.372
	nein	7.27	5.64		
Syntax	ja	6.14	4.35	−.453	.652
	nein	6.78	4.80		
Semantik	ja	8.79	2.64	−.016	.987
	nein	8.80	3.10		
Kohärenz	ja	7.14	3.68	−.047	.963
	nein	7.20	4.17		
Unange. Initiieren v. Gesprächen	ja	7.93	5.09	1.233	.222
	nein	6.22	4.52		
Stereotype Sprache	ja	3.64	1.95	−.771	.444
	nein	4.22	2.61		
Kontextgebrauch	ja	7.36	4.11	1.092	.279
	nein	6.11	3.75		
Nonverbale Kommunikation	ja	5.43	4.40	.097	.923
	nein	5.31	4.05		
Soziale Beziehun- gen	ja	5.21	4.14	.715	.477
	nein	4.44	3.51		
Interessen	ja	5.36	2.41	1.678	.098
	nein	3.98	2.81		
Teilskalen					
GCC	ja	55.21	21.95	.484	.630
	nein	51.91	23.01		

CCC-2	Alleinerziehend M.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Teilskalen					
SIDC	ja	-6.93	15.00	.697	.488
	nein	-10.11	15.31		
Pragmatik	ja	31.50	13.77	.580	.564
	nein	29.05	14.16		
Sprache	ja	23.71	10.31	.259	.796
	nein	22.85	11.27		

Anmerkung: In den Teilskalen sind alle Ergebnisse $p \leq .05$ signifikant sowie unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .005$.

Tabelle A. 29 SET 5–10: Mittelwerte, Standardabweichungen, *t*-Werte und Signifikanz-Werte des SET 5–10 getrennt nach Jungen ($N = 54$) und Mädchen ($N = 18$)

SET 5–10	Junge/Mädchen	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Bildbenennung	Junge	27.98	5.78	–.709	.481
	Mädchen	29.17	7.16		
Kategorienbildung	Junge	18.57	4.76	1.202	.234
	Mädchen	16.94	5.63		
Handlungssequenzen	Junge	7.35	2.81	–.540	.591
	Mädchen	7.78	3.15		
Fragen zum Text	Junge	5.24	2.56	–1.453	.151
	Mädchen	6.28	2.82		
Bildergeschichte	Junge	6.56	1.33	.000	1.000
	Mädchen	6.56	1.92		
Satzbildung	Junge	6.24	3.63	–1.081	.283
	Mädchen	7.28	3.16		
Singular-Plural-Bildung	Junge	10.63	3.93	–.541	.590
	Mädchen	11.22	4.31		
Erkennen/Korrektur inkorrektur Sätze	Junge	6.89	3.05	–.603	.548
	Mädchen	7.39	3.03		
SET-Gesamt	Junge	87.35	22.21	–.491	.625
	Mädchen	90.59	26.78		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .006$ signifikant.

Tabelle A. 30 *SET 5–10: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte des SET 5–10 getrennt nach Kindern von Müttern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 55) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 14)*

SET 5–10	Schulabschluss M.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Bildbenennung	Real./Abitur	29.15	5.34	1.569	.121
	kein/Haupt.	26.43	7.35		
Kategorienbildung	Real./Abitur	18.91	4.68	1.947	.056
	kein/Haupt.	16.07	5.60		
Handlungssequenzen	Real./Abitur	7.96	2.62	2.397	.019
	kein/Haupt.	6.00	3.19		
Fragen zum Text	Real./Abitur	5.78	2.55	1.002	.320
	kein/Haupt.	5.00	2.83		
Bildergeschichte	Real./Abitur	6.91	2.95	3.305	.002
	kein/Haupt.	5.64	2.17		
Satzbildung	Real./Abitur	7.09	3.11	2.174	.033
	kein/Haupt.	4.93	4.09		
Singular-Plural-Bildung	Real./Abitur	11.36	3.19	1.907	.061
	kein/Haupt.	9.29	5.11		
Erkennen/Korrektur inkorrektur Sätze	Real./Abitur	7.40	3.02	1.434	.156
	kein/Haupt.	6.14	2.51		
SET-Gesamt	Real./Abitur	93.02	19.43	2.65	.010
	kein/Haupt.	75.55	26.28		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .006$ signifikant.

Tabelle A. 31 *SET 5–10: Mittelwert, Standardabweichungen, t-Werte und Signifikanz-Werte des SET 5–10 getrennt nach Kindern von Vätern mit Realschulabschluss/Abitur (N = 48) und keinem Abschluss/Hauptschulabschluss (N = 13)*

SET 5–10	Schulabschluss V.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Bildbenennung	Real./Abitur	28.90	5.65	1.337	.186
	kein/Haupt.	26.46	6.46		
Kategorienbildung	Real./Abitur	18.33	4.40	1.153	.254
	kein/Haupt.	16.62	5.99		
Handlungssequenzen	Real./Abitur	7.67	2.82	1.080	.285
	kein/Haupt.	6.69	3.15		
Fragen zum Text	Real./Abitur	5.46	2.69	.179	.858
	kein/Haupt.	5.31	2.69		
Bildergeschichte	Real./Abitur	6.63	1.08	.372	.711
	kein/Haupt.	6.46	2.26		

SET 5–10	Schulabschluss V.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Satzbildung	Real./Abitur	6.63	3.50	.362	.719
	kein/Haupt.	6.23	3.42		
Singular-Plural-Bildung	Real./Abitur	11.00	3.71	.751	.456
	kein/Haupt.	10.08	4.72		
Erkennen/Korrektur inkorrektur Sätze	Real./Abitur	7.31	3.03	.169	.866
	kein/Haupt.	7.15	2.85		
SET-Gesamt	Real./Abitur	89.84	20.57	.688	.494
	kein/Haupt.	84.92	28.45		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .006$ signifikant.

Tabelle A. 32 SET 5–10: Mittelwerte, Standardabweichungen, *t*-Werte und Signifikanz-Werte des SET 5–10 getrennt nach Kindern von alleinerziehender Mütter ($N = 14$) und nicht alleinerziehender Mütter ($N = 56$)

SET 5–10	Alleinerziehend M.	MW	SD	t	Sig. (2-seitig)
Bildbenennung	ja	29.55	4.93	.988	.327
	nein	27.57	6.22		
Kategorienbildung	ja	19.00	5.37	.845	.401
	nein	17.60	4.95		
Handlungssequenzen	ja	7.55	2.62	.300	.765
	nein	7.26	2.93		
Fragen zum Text	ja	6.09	2.34	1.007	.318
	nein	5.24	2.61		
Bildergeschichte	ja	6.45	1.51	–.220	.827
	nein	6.56	1.50		
Satzbildung	ja	6.82	3.40	.545	.588
	nein	6.20	3.44		
Singular-Plural-Bildung	ja	10.00	3.44	–.587	.559
	nein	10.76	4.03		
Erkennen/Korrektur inkorrektur Sätze	ja	5.45	2.73	–1.814	.074
	nein	7.27	3.09		
SET-Gesamt	ja	90.91	22.26	.380	.706
	nein	87.98	23.48		

Anmerkung: Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur sind alle fett gedruckten Ergebnisse $p \leq .006$ signifikant.